ARCHIVIO ITALIANO

DI

PEDIATRIA

ANNO VIII. (Seconda Serie) — 1890.

ARCHIVIO ITALIANO

DI

PEDIATRIA

19857

PERIODICO BIMESTRALE

FONDATO

dal Prof. LUIGI SOMMA

E DIRETTO DAL

Dott. Cav. GIUSEPPE SOMMA

REDATTORE

Dott. VINCENZO MEYER

Con la collaborazione dei più eminenti pediatri esteri e nazionali

ANNO VIII. — 1890.

NAPOLI
STAB. TIPOGRAFICO DELL' UNIONE
Vico Salata ai Ventaglieri, 37
1890

INDICE DELLE MATERIE
PER ORDINE ALFABETICO DEGLI AUTORI

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

BIBLIOGRAFIA

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA

FORMOLARIO TERAPEUTICO

SGUARDO RETROSPETTIVO

Poichè la serietà ed il prestigio della nostra periodica pubblicazione fecero venirci nel divisamento di smettere alfine il comune andazzo di formulare un programma ad ogni novello anno di vita, fia a noi ora lecito di volgere uno sguardo al passato, acciò si possa con serenità di coscienza giudicare dal pubblico medico se, mercè le nostre modestissime forze, riuscimmo in 7 anni a realizzare il nostro caro ideale, l'*audace* nostra aspirazione, *il risveglio*, cioè, *ed il progresso degli studii pediatrici in Italia*. E, sulla sintesi che verremo esponendo noi, rassegnati umilmente, aspetteremo con calma il solenne verdetto, convinti appieno, come siamo, di aver sempre compiuto il sacrosanto nostro dovere nell' ardua e delicata impresa a cui con fede ci accingemmo.

L' « *Archivio di Patologia Infantile* », uscito a luce con 22 collaboratori, di cui quindici esteri e sette italiani, oggi, dopo sette anni appena di vita, ha l'orgoglio di avere istituita una vera scuola pediatrica italiana, aggregando sotto il suo vessillo ben *trentasei* collaboratori nazionali.

Nella sua breve esistenza vanta il pregio di aver data ospitalità nelle sue colonne a ben *134 lavori originali*, di cui 88 italiani e 46 esteri, senza tener calcolo dell' accurata e diligente esposizione sommaria di 461 lavori pediatrici fra i più importanti comparsi nel mondo medico, non che di 57 riviste bibliografiche di opere importantissime nazionali e straniere, oltre ad un gran numero di notizie scientifico-pratiche relative agl' interessi della specialità che coltiviamo.

Iniziò fin dall' anno 1887 la pubblicazione di un ricercato e scelto *Formolario terapeutico* con immenso profitto del medico pratico, e quella del *Bollettino bibliografico internazionale*, la utilità del quale la intende solo chi fior di senno possiede.

La nostra ardita iniziativa valse non poco ad eccitare l' amor proprio delle altre nazioni sì da vedere, in breve volgere di mesi, venire a luce in Francia la « *Revue mensuelle des maladies de l' enfance* », in America gli « *Archives of Pediatrics* », nella Spagna gli « *Archivos de Medicina y Cirurgia de los niños* » e nel Belgio la « *Revue annuelle des maladies de l' enfance*; sicchè dopo « *Jahrbuch für Kinderheilkunde* » pubblicati in Germania, e dopo l' « *Archiv für Kinderheilkunde* » dell' Austria, il nostro Giornale occupa, per ordine cronologico, il terzo posto fra le pubblicazioni periodiche di Pediatria che vedono la luce nel mondo medico.

Ciò dal lato scientifico. E pel lato pratico e sociale, abbia il cortese lettore la pazienza di seguire attentamente la nostra breve esposizione, dalla quale gli sarà facile di arguire il raggio sul quale si espase la sfera di azione del nostro « *Archivio* ».

L' *Ospedaletto Infantile* « *Regina Margherita* », fondato a Torino nel 1882, venne di molto ampliato nel 1885 ed affidato alla benefica e previdente Direzione sanitaria del prof. S. Laura per la parte medica e del Dott. A. Nota per la parte chirurgica.

L' *Ospedale* « *Maria Vittoria* » per la cura delle malattie delle donne e dei bambini, fondato a Torino nel 1885, inaugurò, nell'agosto del 1887, un pubblico *Dispensario per la cura gratuita delle malattie dei bambini,* che oggi funziona ammirevolmente.

Il Sovrano Militare Ordine Gerosolimitano istituì a Milano, nell' aprile del 1886 un' *Ospedale per fanciulli infermi*, e ne affidò la direzione medica al solerte nostro collaboratore Raimondo Guaita.

Nel 1887, l' Istituto dei rachitici di Cremona, per lo zelo e solerzia del distinto collega Bonadei, fu convertito in *Ospedale Infantile*, ed oggi è forse uno dei primi che vanta l' Italia.

Per la munificenza della Duchessa di Galliera anche Genova può esser lieta di aver fondato nel 1888 l'*Ospedale Infantile di S. Filippo*, la direzione medica del quale venne affidata all'altro nostro egregio collaboratore Dott. Perrando.

Del pari a Como, nel decembre del 1888, fu istituito l' *Ambulatorio* e l'*Ospedaletto* per le malattie infantili, e ad Alessandria, ci si riferisce essere di prossima inaugurazione l' *Ospedaletto infantile.*

A Trieste, benanche, nel giorno 5 gennaio 1885, fu fondato il *Presepio per bambini lattanti e divezzi*; mentre due *Istituti per rachitici* venivano aperti nel 1887, uno a Milano, a Torino l'altro, e destinati entrambi a raccogliere bambini poveri affetti da rachitismo.

E Padova, che nella carità e nella beneficenza non fu mai seconda alle altre città sorelle, vanta la gloria di aver inaugurata nel dì 19 marzo del 1889 la *Clinica pediatrica* nell'Ospedale Civile, assumendone la direzione il distinto nostro collaboratore Prof. CERVESATO. La nobile iniziativa venne tosto incoraggiata da un magnanimo atto di S. E. PAOLO BOSELLI, Ministro della Pubblica Istruzione che, intimando per quella stessa Università un pubblico concorso di titoli per un posto di Professore straordinario di Clinica pediatrica, venne a far riconoscere *ufficialmente* l'insegnamento della Pediatria nelle Università del Regno.

Solo per Napoli, la città sempre *sistematicamente* dimenticata, non si ottenne che un meschino decreto ministeriale di favore in data 20 settembre 1886, per un posto di *professore incaricato di Clinica pediatrica,* incarico che LUIGI SOMMA, con i suoi meriti e con i suoi titoli, non fu mai in grado di conseguire dopo 20 anni d'insegnamento nella specialità e dopo di aver fondata la Pediatria in Italia!...

Ma ciò non è tutto.

A Brescia, nel giorno 1.° settembre dell'anno 1888, fu costituita la *Società italiana per lo studio e la cura delle malattie dei bambini,* esempio che venne tosto imitato dagli specialisti americani, che, quasi contemporaneamente, fondarono a Washington la Società pediatrica, affidandone la presidenza al nostro illustre collaboratore Prof. JACOBI.

Avemmo poi non poca ragione di esultare quando, nel settembre del decorso anno 1889, vedemmo concedere alla Pediatria, dopo una sì lunga aspettazione, una

Sezione a parte in seno al XIII Congresso dell' Associazione Medica Italiana tenuto a Padova.

E siamo orgogliosi nel dichiarare che venne compensato ad usura il nostro modesto lavoro, quando per ben due volte si volle premiare « l'*Archivio* » con due medaglie di bronzo, tanto alla Esposizione medica di Perugia (1885), quanto a quella di Padova (1889).

Gravi sciagure, per vero, ebbe a subire la Pediatria con la irreparabile perdita dei suoi più illustri cultori, Luigi Somma, M. R. Levi, Barellaj, Griffini, Albanese, Parrot e Bohn, nel breve elasso di questi ultimi sette anni; ma, a tanto cordoglio, valse pur di conforto il constatare che universale e profondo fu il compianto per i cari estinti, sì che già nell'Ospizio Marino a Lido la memoria del Levi e del Barellaj fu consacrata alla eternità con l'apposizione dei loro busti marmorei fin dall'agosto 1887, mentre per gli altri non andrà guari e l' Umanità riconoscente saprà degnamente onorare l'ingegno ed il cuore di tanti suoi benefattori.

Innanzi a questa vertiginosa e febbrile attività nel risveglio degli studii pediatrici in Italia non neghiamo di aver noi sempre acquistata più lena, fino al punto da sentirci obbligati a ribattezzare la nostra periodica pubblicazione con nomi che meglio rispondessero ai bisogni del tempo ed alla lusinghiera posizione scientifica dalla specialità nostra acquistata in Italia; da ciò « l' *Archivio italiano di Pediatria* », a cui non mancarono innumerevoli e lusinghieri encomii e lodi dalle sommità mediche nazionali ed estere.

E, dopo ciò, noi non osiamo esclamare con l'imperatore romano: se abbiamo bene rappresentata la nostra parte sul teatro del mondo, applauditeci; ma sentiamo il diritto di poter dire con giubilo: esultate o cari nostri bambini: la pugna per voi combattuta in nome dei più nobili e sacrosanti diritti di Civiltà e di Umanità fu ormai vinta; da oggi innanzi non più avrete per protettori una squallida falange di ardimentosi, ma stanchi ed affranti guerrieri; invece, come gemme, sarete avviluppati dal sacro vessillo d'Italia, sul quale fu già scritto a caratteri d'oro: Civiltà, Umanità, Scienza!

Napoli, gennaio 1890. G. Somma.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

Dott. GIUSEPPE CACCIOPPOLI
Prof. pareggiato della R. Università di Napoli.

RESEZIONE DORSALE TARSO-METATARSEA

I.

Al XII Congresso della Società medico-chirurgica tenuto a Pavia nel settembre del 1887, il Prof. GRITTI riferì intorno ad una operazione da lui eseguita nell'Ospedale Maggiore di Milano (Sala Carcano) il 24 Giugno 1886, e a cui aveva dato il nome di *Resezione dorsale tarso-metatarsea.*

Destinata a circoscrivere in più angusti confini le amputazioni parziali del piede, questa resezione dorsale tarso-metatarsea consiste nello asportare la porzione scheletrica, che forma il medio tarso e un pò del metatarso.

A seconda della estensione del male, l'asportazione è maggiore o minore; però il processo operativo resta fondamentalmente lo stesso, venendo le ossa tolte in ogni caso mercè due incisioni trasversali all'asse del piede, una inferiore (metatarsea) l'altra superiore (tarsea).

L'incisione metatarsea va fatta sempre sulle stesse ossa e allo istesso livello, la superiore no.

Nella osservazione riferita da GRITTI la sezione tarsea capitò sul cuboide e sullo scafoide. Però, ove il bisogno il richiedesse, egli propone di risecare la testa dello astragalo e la grande apofisi del calcagno. In tal modo la resezione dorsale tarso-metatarsea viene a comprendere due processi, col primo si asporta la base dei metatarsei, i tre cuneiformi e porzione dello scafoide e del cuboide, col secondo una alle parti suddette si asporta la testa dello astragalo e la grande apofisi del calcagno.

Il primo processo fu eseguito da GRITTI in una bambina di cinque anni, Filippini Elena, affetta da *carie* dei cuneiformi del piede sinistro, la cui storia è riferita nella memoria letta al Congresso chirurgico di Pavia, e pubblicata nel dicembre del 1887. In una nota—messa a prima pagina della detta memoria—GRITTI fa una dichiarazione intesa a togliere qualsiasi equivoco sulla priorità del processo operativo da lui eseguito, imperocchè il professore BARDENAUHER di Colonia, nell'ottobre del 1886, avea reso di pubblica ragione una operazione analoga alla sua.

Se non che dinanzi alla eloquenza delle date e dei fatti, chiarita la cosa, rimane salvo il principio dell'*unicuique suum*.

Ecco il modo, onde Gritti condusse la sua operazione.

Previa anestesia cloroformica ed applicazione del laccio elastico al di sopra dei malleoli, sul dorso del piede infermo eseguì un taglio ad H, e, divisi con la sega nel senso frontale lo scafoide ed il cuboide e poi le basi dei metatarsei, asportò le parti risecate una ai cuneiformi.

Fatta l'emostasi definitiva, le due superficie ossee trasversali furono avvicinate da punti di sutura di catgut in guisa che dei metatarsei il primo corrispondesse allo scafoide, il quarto ed il quinto al cuboide. Riunita la cute, il piede fu immobilitato mercè una stecca a suola.

Il decorso fu felicissimo, ed al 29 agosto la guarigione era completa.

L'operata riveduta dopo 15 mesi non solo non zoppicava, ma resisteva a fare parecchi chilometri senza sussidio di bastone o di scarpa speciale. In quanto al piede le cose stavano così: 1° cicatrice forte e resistente con completa adesione ossea fra lo scafoide ed il primo metatarseo; 2° pianta del piede alquanto piatta e lunga centimetri 12, quattro di meno di quella del lato sano; 3° aderenze dei tendini recisi con la cicatrice trasversale; 4° movimenti di flessione dorsale limitati all'azione dei tendini estensori delle dita sino alla cicatrice, cui aderiscono; 5° estensione delle dita abolita, libera la flessione plantare del piede; 6° ripristinata la sensibilità alla superficie dorsale del piede e delle dita al di sotto della cicatrice.

Innanzi a questi fatti è superfluo lo spendere molte parole per dimostrare come l'esito dell'operazione eseguita dal Gritti abbia a ritenersi splendido davvero, e l'addurre le ragioni, che ci confortarono a mettere in atto la proposta relativa ad una più larga escissione del tarso.

Attenendoci alle norme dettate dal valoroso chirurgo di Milano, noi, per un processo di osteotubercolosi, abbiamo asportato la base dei metatarsei, i tre cuneiformi, lo scafoide, e parte dello astragalo e del calcagno.

Per quanto è a nostra conoscenza è la prima volta che presso di noi si pratica una operazione simile, e il caso merita che sia noto.

Nell'Ospedale pediatrico del Pio Monte della Misericordia, diretto dall'egregio Prof. Palma Giuseppe con grande competenza ed abilità, e a cui ci onoriamo di appartenere in qualità di Chirurgo ordinario, ricoverò l'anno scorso Raffaele Davide, un povero bambino di 7 anni, al quale era già morta la madre per un processo tisiogeno pulmonare.

Di debole costituzione organica e di mediocre sviluppo scheletrico-muscolare, egli era affetto da osteotubercolosi della seconda serie — l'anteriore — delle ossa del tarso sinistro.

Nel mese di dicembre il piccolo infermo fu, con l'assistenza del Prof. Palma, operato da noi di svuotamento.

Previa anestesia cloroformica e compressione elastica, nel margine interno del piede e nella direzione del suo asse longitudinale con due tagli semiellittici si asportò dei comuni tegumenti un piccolo lembo comprendente una breve ulcera, la quale metteva sullo scafoide e sul primo cuneiforme. Seguirono due incisioni del pari longitudinali, l'una sul dorso del piede e l'altra sul suo margine esterno, amendue dove maggiore era il gonfiore e lo infiltramento delle parti molli, e da esse fu facile pervenire sul 2° e 3° cuneiforme e sul cuboide, che presentavano le solite note di osteite tubercolare.

Attraverso le anzidette tre incisioni, lavorando di cucchiaio Volkmann e di termo-cauterio , cercammo asportare e distruggere quanto delle ossa appariva ammalato.

I tendini del dorso del piede, opportunamente allontanati da uncini ottusi, furono del tutto rispettati.

Tolta la compressione elastica si ebbe lieve gemizio di sangue, che venne di leggieri arrestato.

Spolverata di iodoformio tutta la soluzione di continuo, che rassomigliava ad un largo canale, e in cui mettemmo un grosso drenaggio, il piede venne ricoverto dalla solita medicatura ed assicurato ad una stecca di zinco.

Questo processo operativo, che Ollier chiama *tunnellisation des os* commentandolo appunto per le ossa del tarso, non riuscì a vincere la malattia.

Dopo una breve sosta, che parve indizio di guarigione, il male si riaffacciò e fece in breve rapidi progressi.

S' era decisa un' amputazione alla Chopart o alla Pirogoff , quando la lettura del lavoro di Gritti c'indusse a mutare avviso, tanto più che nel caso nostro il processo tubercolare avea devastato molto le ossa, poco alterando la cute.

Il giorno 2 marzo con l'assistenza del Direttore dell'Ospedale, del prof. Meola e del dottor L. Guida, venne da noi praticata la resezione dorsale tarso-metatarsea.

Cloroformio—Emostasi preventiva mercè la compressione elastica.

In quanto alla medicatura ci piacque mettere a pruova la medicatura antisettica a secco di Jordan Lloyd, attenendoci esattamente ai precetti da lui dati (1).

---

(1) Riforma medica, Anno V. N. 29.

Fatto il taglio ad H in modo che la incisione trasversale capitasse sulla faccia dorsale del cuboide e dello scafoide e le due longitudinali sul bordo esterno e interno del piede, i due lembi quadrilateri furono scollati in basso sino alla base dei metatarsei, in alto un po' al di là della linea di CHOPART. La sezione trasversale dello scafoide e del cuboide a causa del loro avvanzato rammollimento venne agevolmente eseguita con un coltello da resezione. Aperta la linea di CHOPART, si asportò la porzione superiore dello scafoide e del cuboide, distaccandola con la maggiore possibile diligenza dai tessuti molli plantari per non lederli profondamente. Pari diligenza si usò nel distaccare dalla pianta del piede la porzione anteriore delle suddette due ossa, i cuneiformi e le basi dei metatarsei, che furono interessati con una piccola sega.

Col bisturi da resezione si escisse la superficie cartilaginea della testa dello astragalo e della faccia anteriore del calcagno. Legatura della pedidia. Allontanata la fascia elastica, la lieve emorragia, che si manifestò, venne frenata mercè moderata compressione fatta da pezzi di lint borico bagnato in acqua molto calda.

Spolverata tutta la soluzione di continuo di acido borico, con un robusto ago chirurgico curvo furono messi due punti di sutura metallica, l' uno — interno — attraverso lo astragalo ed il primo metatarseo e l'altro — esterno — attraverso il calcagno e 4° e 5° metatarseo. Al di sotto delle anse metalliche e nel senso trasversale all'asse del piede fu disposto un drenaggio a pareti spesse, e i cui estremi fuoriuscivano per lungo tratto dagli angoli della ferita. Sutura dei comuni tegumenti col catgut, dopo la escissione di quel piccolo tratto, che ne parve alterato. Tenorafia del lungo estensore dell' alluce. Medicatura, come fu detto, alla JORDAN LLOYD. Il piede venne assicurato ad una stecca di zinco estesa — in alto — sino alla diafisi della coscia.

Il decorso delle ferite fu veramente asettico. Mai febbre.

Prima medicatura all' ottavo giorno. Adesione completa della ferita cutanea. Al grosso drenaggio si sostituisce altro di più piccolo diametro, che venne tolto al 15.° giorno quando si ripetette la medicatura.

In seguito la medicatura si rinnovò ogni tre o quattro giorni meno perchè ce ne fosse bisogno quanto per la irrequietezza grandissima del bambino, che riusciva a smuoverla tutta.

Al 35° giorno, rimossi i due punti di sutura metallica, s'applicò un apparecchio ad occlusione a gesso, che venne tolto dopo due settimane.

Alla fine di aprile l'operato comincia a dare i primi passi. Il giorno 15 luglio lascia l'ospedale per l'Ospizio marino, dove farà i bagni di mare, quando cammina senza bisogno di sostegno o di

speciale apparecchio protetico. Zoppica appena, ma non accusa alcun dolore sia nella stazione verticale che nella deambulazione. Il piede nel suo insieme conserva la forma naturale come rilevasi di leggieri dalla figura annessa, riproduzione fedele di una fotografia.



L'adesione delle ossa è completa; la sensibilità delle parti poste al di sotto della cicatrice trasversale del tutto ripristinata. In quanto ai movimenti, sono normali quelli dell'articolazione tibio-astragalea; delle dita resta abolita la estensione, conservata la flessione. Distrutta nella quasi sua totalità l'articolazione talo-tarsale, il piede ha perduto i movimenti di supinazione e di pronazione. La pianta

è divenuta piatta e misura tre centimetri in meno di quella del lato opposto.

Abbiamo riveduto, alcuni giorni or sono, l' operato. Cammina e corre come ogni altro bambino sano.

II.

Il risultato ottenuto nel caso nostro, convalidando con la prova di fatto la proposta Gritti, non solo dimostra sino a che punto si possa asportare dello scheletro del piede, senza che ne resti alterata la funzionalità, ma viene altresì a risolvere in massima parte il problema della terapia della tubercolosi, che con tanta frequenza attacca la serie anteriore delle ossa del tarso.

Quale valore debba assegnarsi all'uso di mezzi farmaceutici applicati localmente nei processi ossei tubercolari specialmente se questi invadono il carpo ed il tarso, nessuno ignora. Lo stesso balsamo del Perù ha tradito troppo presto le rosee speranze, che avea fatto nudrire la grande autorità di chi lo aveva proposto, mentre è crollata pure la fede, che per lungo tempo si è riposta nei caustici non esclusi i cilindri di nitrato di argento fuso.

Ora, dinanzi alla inutilità di tanti rimedi locali, il trattamento della tubercolosi del tarso non può essere che esclusivamente operativo poichè quello dello *attendere* è metodo, che non fa al caso.

Come tutti sanno comincia a guadagnar terreno nella cura delle lesioni tubercolari, specialmente articolari, la convinzione che la migliore condotta è di *attendere*.

L'entusiasmo per le così dette resezioni tipiche e precoci è abbastanza sbollito. Alle resezioni si ricorre quando gli altri mezzi sono falliti. Il periodo della *resecomania* può dirsi bello e tramontato.

E le ragioni, che militano a favore di questo nuovo indirizzo curativo, serenamente considerate, hanno un valore indiscutibile.

A giustificare un'affrettato intervento chirurgico starebbe il fatto che il focolaio di tubercolosi locale può dare infezione generale. Di ciò nessuno dubita; ma la cosa avviene così raramente da non meritare tutta la grande importanza, che vi si annette. Marsh, trattando la questione da par suo, a dimostrare esagerato il pericolo della infezione generale di origine da un focolaio tubercolare locale, cita dati statistici personali, di Croft e di Wright, e da essi rileva che ciò avviene appena cinque volte in cento casi.

Ora questa relativa rarità importa che non si debba esser corrivi ad operare tanto più che una operazione, comunque condotta, non garentisce sempre da una recidiva, potendo anche alla più

scrupolosa asportazione sfuggire un piccolo focolaio infettivo, possibile punto di partenza di fatti e locali e generali. Ma vi ha dippiù. Si riferiscono casi, in cui la diffusione della malattia pare doversi mettere proprio sul conto dello intervento chirurgico. Una statistica di Barker dice che ciò è avvenuto non meno di 10 volte su cento. In questa affermazione ci è forse della esagerazione, ma la cosa è vera e tale da non esser trascurata.

Basterebbero questi soli fatti a dimostrare luminosamente la verità delle parole di Marsh quando dice che la cura delle localizzazioni tubercolari delle articolazioni dev' essere cauta e paziente, e ad avvalorare il dubbio, che con la pratica delle resezioni eseguite generosamente e precocemente si è inconsciamente procurato il danno e non il bene dei poveri infermi.

Ma a sostegno della bontà del metodo conservativo s'invocano altre ragioni, e di non minore importanza. Si ricordano e i pericoli inerenti all' atto operativo e le conseguenze immediate che possono derivarne, malgrado tutto il rigore di una medicatura antisettica; eppoi, quel che più monta, l' esito finale della operazione in quanto alla funzionalità dell'arto, chè si è cercato conservare, lascia non di raro tanto tanto a desiderare. Non sono per nulla scarse le storie di resezioni, che, ben condotte e meglio riuscite, hanno dato arti così disadatti agli usi della vita da costituire vere inutilità fastidiose, di cui gl'infermi non aveano gran torto a volere essere liberati con una buona amputazione. Di fronte a questi risultati davvero sconfortanti stanno quelli splendidissimi ottenuti dalla cura conservativa. Albert ne cita moltissimi.

Eppure tutto questo , che è indiscutibilmente esatto , di cui ognuno,che ha mediocre pratica ospedaliera, à avuto agio di convincersi personalmente , non può invocarsi a favore di un metodo aspettante per la tubercolosi del tarso.

Qui il metodo conservativo , che trova tanto larga e vantaggiosa applicazione nella tubercolosi delle grandi articolazioni , tranne cosi eccezionalmente favorevoli e che non devono avere valore di legge, fallisce sempre ed è vano riporre ogni speranza nel solo trattamento generale. Noi riconosciamo perfettamente tutta la necessità di questo trattamento generale , a patto che esso non si faccia consistere semplicemente nella cura medicamentosa. Oramai tutti sanno quel che vale la maggior parte di ciò , che ci viene dalla farmacia, e che è preso internamente, quando si trascurino le norme di una bene intesa igiene. E se il ferro, il jodo , l' arsenico, l' olio di fegato di merluzzo ecc., sono scompagnati da una alimentazione generosa , anzi forzata, come vuole Albert, e dalla buona aria, spiegano una virtù salutare molto problematica nella tubercolosi chirurgica.

Diminuisca o non la disposizione alla tubercolosi; metta l'organismo in grado di vincere il germe infettivo o di non assorbire altro, certo è che una cura generale — condotta con diligenza e costanza—à dato da sè sola guarigione in casi—anche gravi — malgrado il più assoluto nichilismo in fatto di rimedi locali.

Però questo esito fortunato è tanto raro da non incoraggiare il chirurgo a starsene con le mani alla cintola. Eppoi il metodo conservativo non va inteso proprio nel senso che nulla debbasi fare localmente. Scartata la resezione tipica come compenso terapeutico generale, restano quelle, che si dicono operazioni atipiche, fra cui in primo posto i raschiamenti.

Ora appunto questi raschiamenti non sono applicabili alle lesioni del tarso, come non lo sono a quelle del carpo. Albert stesso dice di averne una certa paura. Non si asporta mai abbastanza, e quando pare di distruggere tutto il morboso e del sano ancora, si à la recidiva.

Nel 1883 Ollier (1) descrisse un processo operativo di tarsotomia, da lui posto in atto 7 volte e con successo. Mercè quattro incisioni longitudinali (due dorsali, una laterale interna, e l'altra esterna) egli asporta cuneiformi, cuboide e scafoide, risparmiando accuratamente tendini e vasi.

Distacca le guaine capsulo-periostee della regione affinchè — assicurata la unione de l'*avant-pied* con *l'arrière-pied* — si possa, nei giovani, contare su di una riproduzione ossea, la quale, con le masse fibrose conservate, dia all' arto la solidità e la funzionalità.

Senza mettere in dubbio i risultati ottenuti da Ollier, il processo, che ricorda tanto tanto da vicino la pratica dello svuotamento, ne ha tutti gli inconvenienti. A parte pure le difficoltà, che s'incontrano a dover togliere le ossa attraverso incisioni longitudinali quando si voglia risparmiare tendini e vasi, l'operazione non può che riuscire incompleta. Nè la conservazione delle guaine capsulo-periostee costituisce minor pericolo per la quasi certezza che esse non sieno immuni del germe bacillare, mentre il risultato definitivo in quanto a funzionalità del piede sarà sempre inferiore a quello ottenuto dalla resezione dorsale tarso-metatarsa, la quale, mercè la sutura, assicura l'adesione delle superficie ossee.

E così dalla conservata funzionalità del piede acquista maggior valore la operazione di Gritti. Per qnanto ognuno, che ri-

(1) Lyon méd. p. 494.

cordi mediocremente l'insieme dello scheletro del piede e l'ufficio, cui ciascun'osso è destinato, non vorrà meravigliarsi se il camminare e la stazione verticale nel caso nostro sieno rimasti sostanzialmente conservati malgrado la larga asportazione ossea praticata, non per questo scema l'importanza dell'esito della resezione dorsale tarso-metatarsea. Eppoi nessuno dimentichi come sia dubbio il risultato finale di alcune delle amputazioni parziali del piede, il cui numero oggi è forse cresciuto anche troppo.

Astley Cooper e Mayor di Losanna stabilirono il principio che il piede dovesse considerarsi come fatto di un'osso solo, da potersi amputare in tutta la sua lunghezza senza speciale riguardo alle linee articolari. A questo principio i moderni chirurgi hanno voluto dare la maggiore applicazione possibile , salvo due leggi fondamentali di medicina operatoria : amputare sempre in piani trasversali; disporre la cicatrice in guisa che non avesse a subire pressione nell'atto del cammino. Ed è in omaggio alla prima legge che oggi a ragione sono bandite tutte le disarticolazioni di due, tre e fin quattro metatarsei con le dita corrispondenti perchè se ne ottiene una cicatrice irregolare , la quale, almeno in parte, capita sulla futura superficie di sostegno , mentre d'altra parte, venendo meno un lato della volta, secondo cui è disposto lo scheletro del piede, questo ad acquistare un valido punto di appoggio è costretto a subire una forte deviazione di varismo o di valgismo, donde l'andatura diviene difficile, malsicura e dolorosa se non pure impossibile addirittura. Oggi in simili casi, a seconda della estensione del male, si ricorre o alla amputazione di tutto il metatarso , o al processo di Verneuil e Volkmann (disarticolazione del 1° metatarseo dal 1° cuneiforme, e resezione degli altri metatarsei) o proprio alla disarticolazione di Lisfranc. Da tutti questi processi operativi la funzionalità del piede resta meglio assicurata che non dalla disarticolazione di due, tre o quattro metatarsei.

Per le lesioni del tarso, che obbligano ad una amputazione, i processi operativi proposti ed eseguiti sono parecchi, e si riferiscono sempre alla maggiore o minore perdita di sostanza, che si deve fare.

Lasciando da parte i casi, in cui il male ha interessato le due ossa, che formano la serie posteriore del tarso (astragalo e calcagno) e fissandoci agli altri, in cui è lesa la serie anteriore del tarso, noi troviamo commendata oggi tutta una serie di amputazioni parziali del piede, come l'amputazione transcuneo-cuboidea di Adelmann, l'amputazione mista antescafoido-cuboidea di Bona, la disarticolazione antescafoido-cuboidea di Jobert, la disarticolazione antescafoido-calcanea di Laborie e l'antica amputazione di Chopart.

Da tutte queste amputazioni si ottiene sempre un moncone utile e rispondente al suo ufficio? È lecito dubitarne.

La storia dolorosa degli amputati alla CHOPART è risaputa. Tutti ricordano le osservazioni di VILLERMÉ, le opinioni emesse sul riguardo da LÉGOUEST e da BOECKEL, o le varie proposte intese ad evitare la retrazione del calcagno indietro, ossia la spiccata posizione equina del moncone, per la quale la cicatrice viene a trovarsi sulla superficie di appoggio donde facile ulcerazione con tutte le sue conseguenze gravissime.

Non ha guari SCHEDE, discorrendo della operazione di CHOPART, ne sostenne la grande utilità a patto che non si trascurino le seguenti norme: 1° il lembo plantare sia molto lungo per dare maggiore ampiezza alla base di sostegno; 2° asportare le parti ammalate completamente; 3° rigorosa medicatura antisettica; 4° doppia sutura; 5° apparecchio fenestrato a gesso esteso sino al di sopra del ginocchio, che va messo in una leggiera flessione; 6° a guarigione completa stivalino allacciato con cuscino e stecche di cuoio laterali.

Ma, facendo a questo modo, si evitano sempre gli inconvenienti, di cui viene accusato il processo di CHOPART? Noi siamo dell'avviso di CHALOT: il risultato funzionale definitivo sarà buono nei piedi piatti, ma non si potrebbe affermare lo stesso per i piedi cavi.

Ora tutte le amputazioni, che abbiamo ricordate innanzi, dividono un pò con quella di CHOPART la stessa sorte, perchè esse, distruggendo i pilastri anteriori della volta scheletrica del piede, obbligano il moncone a portarsi in avanti.

Ora tutto ciò non avviene nella resezione dorsale tarso-metatarsea. La volta è raccorciata, ma restano i pilastri, su cui si appoggia il piede.

Quando mancassero altre ragioni basterebbe questo solo fatto per dimostrare tutto il valore della operazione di GRITTI.

Nè l'alterazione dei tessuti molli posta a parte dorsale controindica la resezione dorsale tarso-metatarsea, poichè, sullo esempio di LINK, si potrebbero togliere le parti ammalate mercè due incisioni trasversali (l'una in corrispondenza della linea di CHOPART e l'altra della base dei metatarsei) riunite alla loro estremità mercè due incisioni longitudinali.

Ed ora sorge spontanea la dimanda: accettata la resezione dorsale tarso-metatarsea come metodo di cura razionale nella tubercolosi del tarso, l'operazione vuole essere precoce o tardiva? In altre parole bisognerà mettere a pruova tutta la serie degli altri rimedii e poi far capo allo intervento chirurgico, o andarvi difilato?

Caselli (1), alla stregua di fatti clinici, ha cercato dimostrare la grande utilità dello intervento precoce nelle malattie croniche primitive delle ossa del tarso. E poichè al postutto nella tubercolosi del tarso il trattamento operativo è il solo veramente razionale, pare anche a noi che non debba troppo differirsi. Ma, tranne i rari casi di urgenza, non si dee trascurare quello, che Verneuil chiama trattamento preoperatorio (2).

I fatti e le ragioni addotte sono tali che giustificano appieno la condotta da lui tenuta. Nè, ottenuta la guarigione, il chirurgo creda che il suo còmpito sia finito. Senza una cura consecutiva ben diretta e costantemente fatta, l'opera sua riuscirà perfettamente inutile, se non pure dannosa. E quello, che a proposito del trattamento postoperatorio ha scritto Verneuil, costituisce uno dei più importanti capitoli di moderna terapia chirurgica (3).

Ottobre 1889.

UN CASO DI DIATESI EMORRAGICA CONGENITA

per il Dott. **RAFFAELE SARRA**.

Il giorno 10 Novembre dell'anno 1888, invitato da due egregi miei colleghi, eseguivo nella Sala mortuaria del Cimitero, dopo circa 30 ore dal decesso, la necroscopia di un bambino, morto in 50ª giornata in seguito a brevissima malattia.

Raccontava il medico curante che il bambino, nato bene e nutrito coll'allattamento materno, repentinamente si era ammalato di dispepsia, ed aveva avuto lieve febbre.

La terza giornata era stato colto da convulsione, e contemporaneamente sulla pelle degli arti gli erano apparse piccole macchie come lividure. La sera dello stesso giorno seguì un secondo attacco convulsivo più violento del primo e spiccatissimo al lato sinistro; ed all'attacco tenne dietro, dopo poche ore, la morte coi sintomi di un'anemia gravissima. Ben altri tre bambini, nati apparentemente floridi, dagli stessi genitori, alla medesima età ammalarono coi medesimi sintomi, e tutti si erano

---

(1) VI Adunanza della Società chirurgica italiana. Riforma med., anno V. numero 97.

(2) Étud. sperim. et clin. sur la tuberculose. Tome premier, pag. 294.

(3) Op. cit. pag. 663.

perduti. La disgraziata madre, oramai ammaestrata dalle morti precedenti, alla vista di quelle lividure, annunziò al medico che la catastrofe non era lontana; ed infatti così avvenne.

L' obduzione, fatta eseguire a richiesta della famiglia, dette quanto segue:

« Il cadaverino è in generale ben conformato, pesa circa 3,800 gr. ed è lungo 51 cm. Ricchissimo il tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo, la muscolatura è bene sviluppata. Colorito della pelle e delle mucose visibili bianco-cereo, alla faccia il colorito dà alquanto al gialliccio. Verso il terzo inferiore della regione anteriore dell'avambraccio sinistro si nota una macchia di colore azzurro-nerastro della grandezza di un centesimo, di forma irregolare: macchia, che, alla pressione digitale, non scompare.

Sollevando in quel sito la pelle colle dita, si avverte di avere a fare come con un nodulo non molto duro, che inciso, si trova costituito di sangue coagulato, contenuto in gran parte nelle maglie del tessuto connettivo sóttocutaneo. Quattro altre macchie si notano: la prima al braccio del medesimo lato in vicinanza dell' epicondilo; la seconda a livello dell' angolo inferiore della scapola destra; la terza nella regione interna della gamba destra verso il suo terzo superiore; l'ultima al bordo interno del piede del medesimo lato. Per grandezza sono esse variabili, ma non tale da raggiungere quella già descritta; nel resto dei caratteri non si discostano da quelli già notati. Al dorso ed alle natiche macchie cadaveriche. Rigidità conservata agli arti ed alla mascella inferiore. Il capo è ben conformato, le ossa del cranio e le fontanelle regolari, i capelli corti e di colorito castagno. Le palpebre semiaperte, il bulbo teso, le pupille dilatate, le cornee leggermente intorbidate. Le gote tondeggianti. Le cartilagini del naso e degli orecchi solide, le narici ed i meati uditivi esterni liberi. Bocca chiusa, lingua nascosta dietro l' arcata dentaria. Collo corto e mobile. Il torace è discretamente rotondeggiante, il diametro biacromiale di circa 13 cm., la circonferenza di 35 cm. Il ventre normale per forma, la circonferenza di 35 cm.; la cicatrice ombelicale non presenta nulla di notevole. I genitali esterni ben conformati, i testicoli scesi nello scroto. L' esame dell'ano e delle vicinanze è negativo. Le unghie normali. Messo a nudo lo scheletro degli arti, non si scorge nessun segno che accenni menomamente a rachitide od a sifilide.

Aperta la cavità dell'addome, si nota che le pareti di questo mostrano al taglio molto tessuto adiposo. Il fegato riempie tutto l' ipocondrio, così che lo stomaco non si vede. Dell' intestino grosso, alquanto disteso e pallido, sporgono la porzione trasversa,

il cieco e l'S iliaca. Le anse del tenue appiattite, quasi vuote, di colorito pallido. L'epiploon molto ricco di adipe. La vescica orinaria, distesa, sporge circa per tre dita trasverse al di sopra della sinfisi del pube. Sollevando l'ala piccola dell'epate, si scorge che lo stomaco è contratto su di sè stesso, ma si trova nella sua forma e direzione normale. Il peritoneo in tutto il suo decorso è liscio e lucido; nelle parti più declivi si raccolgono circa 30 gr. di liquido sieroso, limpido e citrino.— Il fegato è per grandezza e consistenza normale, uniformemente rosso-pallido, a superficie liscia; la cistifellea ripiena di bile. Al taglio, anche premendo il parenchima, non fuoriesce nè sangue nè sostanza biliare.—Lo stomaco non è ingrandito; la mucosa è pallida e ripiegata in grosse pliche.—La milza è leggermente ingrandita, di colorito violaceo-oscuro, leggermente marezzata, flaccida. Al taglio non fuoriesce sangue; i follicoli sono piccoli, la polpa fragile, rosso-bruna—L'intestino tenue è ripieno di sostanza omogenea, cremosa, giallastra; la mucosa pallida; dalla papilla del coledoco scorre bile premendo sulla cistifellea—L'intestino crasso non fa notare nulla d' importante— Il pancreas alquanto duro e pallido — Il mesentere offre glandole alquanto congeste, ma non molto ingrossate—I reni sono normali per grandezza; la capsula si distacca facilmente , la superficie liscia , lucida, di colorito rosso tendente al grigiastro. Al taglio le due sostanze sono pallide— Le capsule soprarenali alquanto sviluppate e ricoperte di discreto adipe. Al taglio le due sostanze non si distinguono facilmente, di colorito rosso-bruno—La vescica ha la mucosa pallida e contiene un liquido chiaro alla superficie , torbido in fondo, della quantità di circa 40 grammi—Nulla di notevole agli ureteri ed ai testicoli — I grossi vasi sulla colonna vertebrale contengono pochissimo sangue.

Passando alla cavità del petto, si nota che i visceri occupano la loro sede anatomica. La parte superiore del mediastino è occupata dalla glandola timo. I due polmoni collabiscono e sono pallidissimi , normali per consistenza. Le cavità delle pleure vuote, la superficie di esse liscia ed umida—Nel pericardio esistono circa cinque grammi di liquido limpido, giallo-citrino; la superficie della sierosa liscia e pallida—Il timo alquanto ingrossato, d'aspetto granuloso, grigiastro tanto alla superficie che al taglio — Il cuore non ingrandito, flaccido, pallido, coi vasi venosi della superficie leggermente ripieni di sangue nerastro. Le cavità dei ventricoli e delle orecchiette quasi vuote di sangue. Endocardio levigato, valvole regolarmente configurate. Il forame ovale chiuso. — I grossi vasi , quasi vuoti di sangue , hanno le pareti elastiche. Il canale arterioso di Botallo non del tutto obli-

terato—I pulmoni sono pallidi, alle basi posteriormente macchie ipostatiche ; il crepitio è evidente; pezzi di parenchima, gittati nell'acqua, galleggiano. Al taglio non danno sangue—La laringe la trachea, i bronchi fino alle ultime ramificazioni mostrano la mucosa pallida , e non contengono traccia di muco , od altro. Nessun che di notevole nella bocca, nella faringe e nell'esofago.

Tolta via la calotta cranica , si nota che le ossa del cranio sono sottilissime e mobili. La diploe è iperemica. La dura madre della convessità è levigata, alquanto congesta specialmente nella sua metà destra — Tutto l'emisfero destro è ricoperto di un vasto versamento sanguigno : sono coaguli molli, che facilmente si riescono a staccare, di colorito nero-fosco, accumulati in maggior quantità sulla scissura di Rolando e sul lobo frontale—La pia madre, alquanto iperemica, si lascia facilmente distaccare—Le circonvoluzioni cerebrali, ben delineate, sono pallide ed imbevute di siero. Praticati dei tagli in varie direzioni , le due sostanze non si distinguono facilmente—Le cavità dei ventricoli laterali ripiene di una quantità di liquido sieroso limpido—I nuclei della base come pure il cervelletto profondamente anemici — Il medesimo grado di anemia mostrano il pavimento del quarto ventricolo e la sostanza del ponte e del midollo allungato — I seni contengono sangue nerastro fluido — Nulla di notevole alla meninge della base del cranio. — Non si riesce a scoprire l'origine della emorragia, nè si scorge la presenza di aneurismi miliari — All'esame microscopico i vasi non lasciano notare alterazioni apprezzabili. »

Questi i dati della necroscopia. Il caso merita un poco di epicrisi.

Emorragie di simil fatta non sono un reperto strano in bambini morti per leucemia, per pseudoleucemia, o per anemia perniciosa in particolar modo. I bambini, che soffrono quest'ultima malattia, si presentano ben nutriti; l'adipe è nei tessuti discretamente abbondante , e pure soccombono in mezzo ai sintomi della più grave anemia. Alla necroscopia si trovano gli organi interni molto pallidi, e numerose emorragie puntiformi nel cervello, nella pleura, nel pericardio, nei polmoni, con degenerazione grassa del muscolo cardiaco. Sono questi per Kjellberg e Frankenhaeuser forme gravissime d'infezione.

Ma il caso, che ci tiene occupati, è l'espressione di qualche cosa di congenito, di diatesico, e di una diatesi emorragica con manifestazioni limitate alla cute in minimo grado, alla meninge in una maniera vistosa; diatesi, costantemente apparsa in quattro bambini, che , pur provenienti da genitori sani, soccombettero per essa e quasi sempre in una determinata età.

Innanzi a casi simili noi sogliamo sempre indagare per la sifilide ereditaria; eppure, a parte le informazioni attinte in questo senso dai genitori e riuscite negative (il che del resto ha poco o nessun valore), l'esame obbiettivo del cadavere e quello microscopico dei vasi stanno a dimostrare che, fra le diverse cause che possono venire in discussione, forse la sifilide è quella che, meno probabilmente può aver dato origine a quelle emorragie. Possiamo ciò sostenere?

L'anatomia patologica ha ricercato con predilezione, fra le lesioni varie cagionate dalla sifilide, quella, molto importante, che presenta l'apparecchio vascolare. Le pareti vasali s'ispessiscono a causa di proliferazione nella tunica muscolare e nell'avventizia con contemporanea infiltrazione cellulare (Schütz, Heubner, Kohts ed altri). Behrend pure notò tali alterazioni nei vasi dei bambini affetti da sifilide con emorragia dell'ombelico ed ematemesi, e Raspe descrive recentemente simile processo patologico nei capillari, nelle vene, nei *vasa vasorum*, riferendo a tali alterazioni la tendenza alle emorragie nella sifilide. Mracek (1) ha esaminato 132 bambini nati prematuramente da madri sifilitiche ed in 1[3 di casi ha trovato alla necroscopia emorragie in modico grado; in 1[7 (= 19) le emorragie erano multiple e lievi, ma non facevano difetto le gravi. A suo giudizio il grado dell'infezione materna produce malattie vasali intrauterine nell'organismo infantile, depositandosi nei *vasa vasorum*, nei capillari, nelle piccole e medie arterie e vene dei varii organi prodotti morbosi, in seguito a che si giunge a disturbi circolatorii capaci di difficoltare in certi momenti la circolazione, e quindi l'origine della emorragia.

Fischl (2) a sua volta, in un lavoro di non poco rilievo, combatte l'idea, che il microscopio debba svelare sempre un processo morboso nelle tuniche vasali. Riporta sette casi di diatesi emorragica in neonati sifilitici, i quali, oltre alla costante iperplasia della milza, presentavano altre lesioni riferibili alla lue, come emorragie della cute e delle mucose. Ebbene, in tutti questi casi la causa della emorragia non potè essere determinata, perchè i vasi si mostrarono del tutto normali. Crede perciò l'autore, che non si debba istituire una forma speciale di morbo col nome di sifilide emorragica, e che nei bambini affetti da sifilide ereditaria si possa soltanto parlare di una tendenza alle

---

(1) Mracek I. — Syphilis hœmorrhagica neonatorum. Wiener med. Wochenschr. N. 45, 1886.

(2) Fischl R. — Zur Kenntniss der hämorrhagischen Diathese hereditär-syphilitischer Neugeborenen—Archiv f. Kinderheilkunde. Bd VIII. Heft I. 1886.

emorragie clinicamente determinate ossia di una diatesi emorragica.

Un caso, che presenta col nostro delle analogie, viene riferito da **Wendt** (1) recentemente. Una mulatta robusta e che godeva buona salute si sgravò, senza che il parto fosse accompagnato da alcun'accidente, d'un vigoroso bambino, che mostrò una macchia emorragica in vicinanza di un' orecchio. Il giorno susseguente si presentò una emorragia infrenabile alla regione ombelicale, lieve epistassi ed un poco di vomito sanguigno. Seguì esito letale. L'obduzione dette come principale reperto i vasi ombelicali normali, stravaso sanguigno nel peritoneo, nel parenchima polmonale, nella muscolatura del petto ed estese ecchimosi al cuoio capelluto. L'autore non crede di fare diagnosi di sifilide emorragica, perchè fanno difetto i sintomi caratteristici della sifilide, ma classifica il caso fra quelli di emofilia.

Abbiamo noi a fare con una vera emofilia? Presso di noi questa malattia è rarissima; casi anzi come quelli descritti da **Grandidier**, non cadono facilmente sotto la osservazione del pratico. È un morbo ereditario, che si presenta presso altri popoli, a preferenza il germanico e l'americano. Da che dipenda la disposizione dei vasi a dare sangue in tale malattia l'anatomia patologica non riesce ancora a precisare: **Virchow** trovò una strettezza congenita delle arterie, sottigliezza delle pareti di queste, ed anche degenerazione grassa della intima; **Birch-Hirschfeld** dà molta importanza allo stato dell' endotelio dei capillari, il quale mostrasi ingrossato e provvisto di nucleo tumefatto. Lo stesso anatomo-patologo in un secondo caso, che viene riferito da **Förster** (2), non trovò alterazioni importanti nel cuore, nell'aorta e nella pelle. Nel nostro, come si è veduto, l'esame riuscì eziandio negativo.

Dal punto di vista clinico però il caso ricorda molto la emofilia. I genitori del bambino, come conoscemmo di poi, sono di condizione agiata e fra loro consanguinei, e la madre, alquanto anemica, soffrì da bambina di frequenti epistassi, e di emorragie dalle gengive. Non sarebbe quindi provata una genesi ereditaria del morbo; però certi sintomi, esistenti in lieve grado nei genitori, possono nei figli e nei nipoti riprodursi sotto forma più imponente, e questo pare sia avvenuto nel caso che andiamo analizzando.

Grandidier raccoglie 95 casi di emofilia, ed in questi 58

(1) **Wendt** E. C.— Congenital Haemophilia, with the history of a remarkable case — New-York medic. Record. Febr. 19. 1887.
(2) **Förster** R. — Diatesi emorragiche (V. Trattato delle Malattie dei Bambini redatto da C. Gerhardt. 1882).

volte la emorragia avvenne nel primo anno. È conosciuto poi dalla esperienza, che in certi periodi della vita infantile (prime settimane della vita, dentizione) vi è massima tendenza alle emorragie.

FÖRSTER riporta sei storie cliniche di emofilia spontanea verificatasi nelle famiglie di due fratelli ammogliati con due sorelle loro cugine. Fra le emorragie l'onfalorragia fu più frequente, e così pure l'emorragia alle estremità. Fra gli organi interni l'intestino fu più degli altri affetto. Cinque morirono, il più giovane nell'undicesimo giorno, uno solo toccò l'inizio del quarto anno. Furono eseguite tre autopsie: nella prima si riscontrò versamento sanguigno nelle meningi; nella seconda pneumonite caseosa ed emorragia nella cavità della pleura; nell'ultima non si trovò alcuna emorragia interna.

CERVESATO recentemente in un lavoro stupendo, che fa onore alla pediatria italiana (1), pubblica i reperti cadaverici di 17 bambini nutriti coll'allattamento artificiale nell'Istituto degli Esposti di Padova, e morti nelle prime due settimane di vita con i segni di una denutrizione più o meno rilevante.

Ha ritrovato in varii organi emorragie parenchimali molteplici ed estese, e costantemente lesioni alla faringe, all'esofago, e nello stomaco (iperemia, tumefazione, produzioni d'aspetto difterico). Coll'esame batteriologico ed istologico ha veduto speciali micrococchi nelle prime vie digerenti, e spiega le emorragie coll'ammettere emboli micotici con necrosi di coagulazione delle pareti vasali. In base a tali reperti il CERVESATO stima, insieme ad altri osservatori, che la *hæmophilia neonatorum* sia da annoverarsi fra le malattie infettive. Non esclude però, che tale diatesi nei neonati possa dipendere alcune volte da momenti ereditarii in senso stretto (emofilia vera e permanente), ed altre fiate presentarsi in forma essenziale ed indipendente quale espressione del morbo di WERLHOF, ma nella grandissima maggioranza dei casi essa riposa sopra condizioni, le quali sono speciali del periodo del neonato, e sopra processi morbosi od influenze nocive esterne agenti sul bambino dopo il parto: trattasi di emorragie secondarie e sintomatiche di altre malattie, fra le quali figura in modo prevalentissimo la sepsi ed in secondo luogo la sifilide. Rispetto a questa, non si crede autorizzato ad annettere grande importanza alla influenza delle anomalie vasali, notate dal MRACEK, sulla produzione delle emorragie, non essendo escluso che

(1) CERVESATO D. — Contribuzione allo studio delle infezioni emorragiche dei neonati. Padova. 1889.

anche in quei casi si potesse trattare di sepsi in bambini affetti da sifilide ereditaria.

A spiegare come possono succedere stravasi di sangue, indipendentemente da processi settici, bastano le conoscenze che, per i lavori di HOFMEIER, PONFICK, e in particolar modo di SILBERMANN (1), noi abbiamo circa la ematofisiologia nei neonati. Se, come dagli studii e sperimentazioni di costoro si vede, la disposizione alle emorragie nei neonati si può dire fisiologica per condizioni anatomiche e chimiche speciali del sangue, non è da meravigliare, che un bambino possa ereditare, venendo da genitori anemici, scrofolosi o sifilitici, una disposizione alle emorragie molto marcata e tanto intensa, da ricordare la emofilia vera ed essenziale.

Ci sia concesso il ritenere, che nelle famiglie emofiliache i discendenti, oltre ad ereditare una parete vasale anomala nella sua tessitura ed aspetto (VIRCHOW, BIRCH-HIRSCHFELD), possono presentare una crasi sanguigna analoga a quella dei neonati sani (una vera emoglobinemia), ovvero l'una e l'altra insieme delle due condizioni. Il sangue degli emofiliaci pure è ricco di fibrina e di corpuscoli rossi come quello dei neonati.

La disposizione alle emorragie presso i bambini, oltre ad aggravarsi a causa di malattie infettive, ed a processi settici ha luogo eziandio sotto l'azione di svariati altri agenti, fra i quali sono da annoverarsi le scottature, le forti fatiche, i raffreddamenti, ed alcuni farmaci (acido pirogallico, clorato di potassa, glicerina). I medici americani infatti hanno osservato, che l'abuso di rimedii alcalini durante la gravidanza può favorire nel feto lo sviluppo delle emorragie.

E così, pur ammettendo anche noi le emorragie settiche, da schizomiceti, non disconosciamo, perchè le vedute moderne sulla ematofisiologia lo consentono, che

1°. Esistono presso di noi casi di emorragia congenita in forma diatesica, i quali ricordano la emofilia, e che sono più frequenti di quello che si crede.

2°. Nello stato attuale delle nostre conoscenze non è dato determinare al cadavere la nota anatomica, che la produce. Per

---

(1) SILBERMANN O. — Zur Hämatologie der Neugeborenen — Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. Bd. XXVI.
SILBERMANN O. — Ueber Hämoglobinämie und ihren Einfluss auf die Beschaffenheit und Bewegung des Blutstromes — Zeitschr. f. Klin. Medicin. Bd. XI.
SILBERMANN O.—Zur Pathogenese der essentiellen Anämien — Berlin. Klin. Wochensch. 29-30. 1886.

ora dobbiamo incolparne la debolezza congenita, che renderebbe fragili le pareti vasali e quindi dispostissime alla rottura. Tale debolezza terrebbe ai matrimonii che si avverano fra consanguinei ed alle malattie esaurienti e croniche dei genitori.

3°. Poichè la sifilide ereditaria può manifestarsi sotto la forma emorragica, il non trovare dati clinici ed anatomici a quella spettanti non è sufficiente ad escluderla; e questo fatto è importante dal punto di vista della terapia, anzi io credo, che il pratico non farà male a consigliare sempre un trattamento antisifilitico oltre alle ordinarie cure toniche e corroboranti.

PERNICIOSA ITTERO - EMATURICA NEI BAMBINI

per il Dott. GIUSEPPE RUSSO (di Briatico).

Fra le numerose e strane manifestazioni dell'impaludismo nei bambini è degna certamente di considerazione la perniciosa ittero-ematurica, specialmente perchè insigni autori di Pediatria, come il Gerhardt, il Bohn ed altri, mentre accuratamente descrivono le forme tutte dell'impaludismo infantile, di essa non fanno alcun cenno, quantunque non sia affatto rara, nè delle altre manifestazioni perniciose della malaria meno importante. Ultimamente il Ferreira, nelle colonne di questo periodico, pubblicò un lavoro sull'impaludismo dei bambini, ammirevolissimo sotto ogni rapporto, e degno di essere studiato da tutti i medici delle regioni palustri; nondimeno se una cosa è omessa, questa è appunto la perniciosa ittero - ematurica, di cui veramente non si può revocare in dubbio l'esistenza.

Essa è gravissima perchè dipende da una profonda alterazione del sangue, i fenomeni più salienti essendo l'itterizia e l'ematuria. L'itterizia è ematogena e lo dimostrano: 1°. il repentino insorgere, bisognandovi, quando è epatogena, almeno tre giorni dall'inizio della malattia al coloramento itterico della pelle e delle mucose visibili (Frerichs); 2°. il vomito e la diarrea biliare molto imponenti e rapidi, laddove nell'itterizia epatogena, finchè dura l'ostacolo al circolo della bile, questa se non è interamente assente nelle deiezioni alvine, fa certamente difetto. L'aumento quasi costante del fegato in questa itterizia si può spiegare con l'opinione del Niemeyer, il quale nelle itterizie ematogene non esclude, come Küne e Virchow, l'intervento delle cellule epatiche alla formazione dei pigmenti biliari. L'ematuria

indica altresì una grande dissoluzione dei gluboli rossi del sangue, e questa e quella trovano spiegazione nelle ricerche di Marchiafava e Celli sul *plasmodium malariæ*, che colpisce direttamente la struttura dei cruorociti nei quali risiede.

*
* *

La forma morbosa è quasi sempre la stessa. Il piccolo infermo, che precedentemente aveva sofferto altri accessi di febbre da malaria più o meno marcati, vien preso da intenso brivido cui seguono temperatura di 40° 1[2 o 41, itterizia, vomiti ed evacuazioni di bìle, ematuria, e poi abbattimento generale delle forze sino al collasso e morte, ove una terapia appropriata ed energica non giunga a tempo per salvarlo.

*
* *

Potrei qui citare molte osservazioni cliniche, ma per amor di brevità mi limiterò a tre certamente evidenti.

Osservazione I.—Caterina Collea di a. 6, da S. Leo, nell'aprile dello scorso anno aveva sofferto due accessi di febbre da malaria, ed i suoi genitori verso la fine del 2.° accesso le avevano somministrato un grammo di bisolfato di chinina. Dopo poche ore dall'ingestione di questo farmaco fu colta da febbre a 41° preceduta da brivido intenso, e contemporaneamente si verificarono itterizia generale, vomito biliare ed ematuria. Invitato a visitare l'ammalata, ritrovai oltre di questi fatti, aumentati di volume e dolenti alla palpitazione il fegato e la milza, il polso piccolo e molto frequente, la respirazione acccelerata, dolori articolari, prostrazione generale delle forze. Non esitai un istante a fare diagnosi d'impaludismo pernicioso, malgrado il bisolfato di chinina preso poche ore avanti. Guidato da questo concetto, iniettai un grammo e mezzo di bicloruro di chinina, e prescrissi per la via dello stomaco brodi freddi, qualche cucchiarino di cognac ed un leggiero infuso di foglie di coca con poche gocce di acqua di lauro-ceraso semplice allo scopo di sostenere le forze e sedare il vomito. Ritornai l'indomani, ed avendo notato considerevolmente migliorati i fenomeni minacciosi della sera precedente, iniettai altro grammo di bicloruro di chinina. Al 3°. giorno la bambina era senza febbre, non vomitava più, e le urine, da nerastre, erano divenute quasi normali. Le feci somministrare mezzo grammo di bisolfato di chinina sciolto nella decozione di china per altri otto giorni consecutivi, ed in breve la piccola inferma guarì.

Osservazione II. — Lopapa Pasquale di a. 6 da Pannaconi, nel maggio dello scorso anno, mentre godeva apparentemente

buona salute, fu colto da febbre alta preceduta da brividi, e contemporaneamente si manifestarono itterizia, vomito biliare ed ematuria. Quelli della famiglia, avendo creduto tanto male dipendere da elminti intestinali e da indigestione, anzichè amministrare del chinino, perdevano il tempo, come malauguratamente avviene spesso alla gente del contado, nel fare uso di clisteri e di purganti. Pertanto, lo stato dell'infermo si rendeva grave progressivamente e rapidamente, finchè la famiglia m'invitò a visitarlo. Arrivai la sera in quella borgata, ma ritrovai il povero bambino in condizioni deplorevolissime. Da un pezzo erano cessati il vomito e l'ematuria, il polso della radiale appena si poteva numerare, vi era nella respirazione il fenomeno di Cheyne-Stokes, la superficie del corpo era coperta di sudore freddo, e fredde altresì erano le estremità, la sensibilità e la coscienza abolite, la risoluzione muscolare completa, poca o nessuna reazione pupillare. Pronosticai senza altro imminente la morte, e solo per contentare la famiglia, praticai, ma indarno, delle iniezioni idopermiche di etere e di bisolfato di chinina, e due ore dopo il bambino cessava di vivere.

Osservazione III. — Il 10 maggio di questo anno una donna, della borgata S. Leo, venne da me per consultarmi intorno ad una malattia del suo figlioletto Domenico D'Andrea, di a. 4. Convinto dalla sua relazione che trattavasi di perniciosa ittero-ematurica, le domandai se prima di questa malattia gli avesse somministrato la chinina. Mi rispose negativamente non solo, ma aggiunse che da più tempo a questo bambino non si dava alcun farmaco stando, almeno apparentemente, bene, e che altre volte, avendo sofferto di febbri malariche, col solfato di chinina erano state prontamente vinte. Confermato da queste spiegazioni viemaggiormente nella mia opinione, incontanente mi recai a visitarlo nella campagna ove risiedeva in una cascina. Ecco ciò che si notava: pelle e mucose visibili itteriche, temperatura a 40°, polso 125 e debole, respirazione un poco accelerata, vomito biliare frequente, milza e fegato ingranditi e dolenti, meteorismo leggiero, urine rosso-scure, nulla per parte del sistema nervoso, tranne un pò di apatia. Praticai delle iniezioni ipodermiche di bicloruro di chinina sino alla dose di un grammo e prescrissi una pozione eccitante ed altri ottanta centigrammi di chinina da somministrargli epicraticamente durante la notte. Non lo rividi più, ma l'indomani venne da me il padre dicendomi che era molto migliorato. Per parecchi altri giorni feci propinare la decozione di china e di bisolfato di chinina, ed in breve si ottenne la perfetta guarigione.

*
* *

L'etiologia, il quadro clinico ed il risultato della terapia sono così evidenti e costanti in questa esplicazione perniciosa dell'impaludismo, da renderla degna di tutta la considerazione. Però ultimamente valenti clinici, e segnatamente il Tommaselli, hanno richiamato la nostra attenzione sopra una forma morbosa identica alla perniciosa ittero-ematurica, ma diversa essenzialmente per la causa, e quindi per la terapia. Si tratta di una febbre ittero-ematurica che avrebbe luogo in alcuni ammalati di malaria ai quali, per condizioni proprie, ma certo non ben definite, la chinina, pure in piccole dosi, anzichè riuscire un mezzo terapico potente, sarebbe un tossico. Questo concetto espresse il chiarissimo Tommaselli al I° Congresso della Società italiana di medicina interna.

Insigni clinici come il Baccelli, il Cardarelli, il Maragliano, il Bozzolo ed alrri hanno discusso questo tema; però l'ultima parola non è stata ancor pronunciata, e poco o nulla si è potuto fare per mettere il medico pratico nelle condizioni di severare con certezza quando la forma morbosa riconosca come causa la chinina, e quando la malaria, cioè quando si tratti di febbre ittero-ematurica da chinina, e quando di perniciosa ittero-ematurica.

La soluzione del problema è di somma importanza pratica, perchè se la forma morbosa è la stessa, e se l'arma per combatterla nell'un caso (perniciosa) è sicura di riuscire vittoriosa se adoperata in tempo, e nell'altra (intossicazione da chinina) congiura col morbo, è naturale che sbagliando nel vero riconoscimento della causa, il medico anzichè apportare un beneficio al suo ammalato, finirebbe uccidendolo involontariamente, ma certamente.

I tre casi clinici di sopra descritti, senza tener conto dei molti altri osservati in pratica, riconoscono evidentemente come elemento etiologico la malaria. Il II ed il III si verificarono senza che prima gl'infermi avessero preso un centigrammo di chinina, onde la diagnosi era facile a stabilirsi, ma nel I caso, secondo il concetto del Tommaselli si sarebbe trattato di febbre ittero-ematurica per intossicazione da chinina, giacchè l'ammalata poche ore prima aveva fatto uso di un grammo di solfato di chinina. Invece la diagnosi di perniciosa fu esatta, perchè la bambina saturata, direi, e per molti giorni di sali di chinina dal memento della mia visita in poi, migliorò prontamente e progressivamente sino alla perfetta guarigione. Non facendo così sarebbe morta certamente Dunque se vi è questa identità nella

forma, quali saranno le note differenziali per condurre il medico ad una esatta diagnosi?

Questo dubbio potrà svanire soltanto allorchè in una febbre ittero-ematurica il microscopio ci metterà in grado di sapere se la dissoluzione dei gluboli rossi del sangue sarà dovuta al plasmodium malariæ o alla chinina. Questo concetto espresse pure il Bozzolo al Tommaselli. E quando questa specie di analisi si renderà facile e tale da essere patrimonio non solo dei batteriologi che lavorano nel gabinetto, ma ancora del medico pratico, la diagnosi sarà certa e la cura appropriata. Ma sino a tanto che a questo non si arriverà, ogni medico avrà per guida non altro che l'esperienza personale e le condizioni climatiche e telluriche della regione ove esercita la sua professione, ma non senza però il terribile dubbio di sbagliare.

POCHE PROPOSTE DI RIFORMA NEL SERVIZIO DELLE PUBBLICHE VACCINAZIONI DELLA CITTÀ DI NAPOLI

per G. SOMMA

Nell'incessante e febbrile periodo di riforme sanitarie che, mercè l'opera di eletti ingegni, fortunatamente attraversiamo in questa nostra cara Italia, fia lecito anche a me, modestissimo per quanto appassionato cultore delle discipline pediatriche, di fare appello al savio discernimento ed alla specchiata intelligenza di chi è preposto a reggere l'azienda pubblica ed a tutelare la vita, la salute ed il benessere della piccola infanzia, perchè prenda in seria e profonda considerazione queste mie umili idee, che, per quanto sembrano aver parvenza di poca utilità pratica e di un valore scientifico limitato abbastanza, attuate su larga scala e con quella fede inconcussa che, appo noi, è retaggio invidiabile della vecchia scuola medica napolitana, hanno, ciò non pertanto una larga sfera di azione sulle condizioni sociali di un popolo che, ai sacrifizî subiti, ha pure il diritto di veder garentita la generazione avvenire.

È vano l'illudersi !... Le inesorabili statistiche che, con cinismo agghiacciante, a noi mettono innanzi le ombre di circa 430,000 bambini, che annualmente soccombono in Italia dalla nascita agli anni undici, costituiscono pur troppo uno spettacolo raccapricciante che potrebb'essere identificato con la storica *stragge degl'innocenti* se le cause della morte di tante vittime disgraziate non venis-

sero legalmente sanzionate fra le *comuni e naturali!* Niente di più umiliante, a parer mio, per una nazione che, anche in tempi pur troppo lontani, seppe splendidamente al mondo intero dettar le leggi di una squisita civiltà, repressa ma non distrutta nella vita intima di un popolo, anche attraverso parecchi secoli di barbarie e di tirannide.

Ma, ciò che più monta, si è appunto che tale ingente mortalità supera del pari quella degli altri paesi che, per dolcezza di clima, per fertilità di suolo, e per bellezza di cielo, sono al nostro non poco inferiori.

Io qui non starò ad intrattenermi *ex professo* sulle molteplici e svariatissime cause produttrici della cennata mortalità, nè tampoco sul valore che a ciascuna di esse la odierna scienza deve relativamente assegnare; argomenti questi che, richiedendo un lungo studio ed un penoso lavoro, non mi azzarderei di discutere qui incidentalmente alla buona, convinto come sono che finirei per portare vasi a Samo.

Partigiano e propugnatore accanito della pratica Jenneriana, non posso però dissimularmi che un discreto contigente a questa cifra di mortalità della tenera infanzia vien dato dispiacevolmente dalla stessa vaccinazione. Mi spiego meglio.

Io non ammetto, come generalmente si crede dai detrattori della inoculazione vaccinica e peggio ancora dai Signori membri della Lega antivaccinica, che gli esiti tristi, che pur qualche volta il medico tiene a deplorare, dopo la vaccinazione, sieno dovuti alla trasformazione della intima costituzione della linfa vaccinica ed all'attenuazione del suo potere preservativo che induce nell'organismo umano, attraverso tante svariate colture subite nel lungo periodo di tanti anni. Niente di tutto questo.

Io sostengo invece, insieme a clinici di vaglia e ad igienisti accreditati che, anche rimasta integra sostanzialmente la natura intima della linfa vaccinica, gli esiti poco soddisfacenti che si hanno qualche volta a deplorare dopo la sua introduzione nell'organismo umano, sono devoluti ad una miriade di cagioni ed a non poche condizioni intrinseche ed estrinseche al piccolo organismo, fra le quali non ultime credo che debbano ritenersi: lo stato di salute dell'animale da cui si raccoglie la linfa, l'epoca di sviluppo della pustola, la purezza o meno del virus che s' inocula, l'ambiente nel quale si procede alla vaccinazione ed il modo come questa si esegue, le condizioni dell'istrumento che si usa, le costituzioni epidemiche dominanti, lo stato sanitario del vaccinando, le sue malattie progresse, l'ora in cui subisce l'operazione, il periodo della vita in cui viene assoggettato alla insizione, le cautele che si attuano durante i primi quindici

giorni dopo subito l'innesto e finalmente la pratica che si serba nell'accertamento di riuscita della vaccinazione medesima.

Innanzi a questo *mare magnum* di cause etiologiche che influenzano il vaccinando, non arreca meraviglia se una iliade di morbi può conseguire alla inoculazione vaccinica, e, fra le svariate forme morbose non infrequenti sono tra le immediate: i flemmoni, la risipela, gli ascessi, le adeniti, la varicella, la vajuoloide, il vaccino diffuso; e fra le consecutive: la tisi, la tubercolosi, locale o generalizzata, le anemie, la sifilide, le pseudo-leucemie spleniche, le cachessie e le anomalie di un alterato ricambio materiale, ed anche lo stesso vajuolo quando, per un accertamento d'innesto non fatto, eseguito male, od anche affidato a persona non competente, si siano giudicate pustole vere quelle che in sostanza non sono se non la estrinsecazione di una forma spuria del vero vaccino, che per me non è valido a donare all'organismo, neppure parzialmente, una *immunità* od un potere preservativo avverso la infezione vajuolosa.

Io non starò qui a dettare, neanche in sintesi, gl'innumerevoli mezzi, di cui la scienza oggi dispone, per ovviare, con ogni possibile sicurezza, i tanti deplorevoli inconvenienti che, se non sono valsi a discreditare innanzi all'occhio profano la splendida scoverta dell'immortale JENNER, hanno dato però agio alla scienza di fare i suoi giusti apprezzamenti sul valore della stessa o sulla entità degli esiti a cui qualche volta essa dà luogo.

Mi compiaccio solo di poter sottomettere alla sagacia di chi è preposto alla protezione ed alla conservazione della cara vita dei bambini alcune proposte di riforma relativa al servizio vaccinico della città di Napoli, che, qualora potessero essere coronate dall'onore dell'accettazione, attuate o divulgate con fede, varranno senza dubbio a scongiurare nell'infanzia tante svariate affezioni, le quali, sol perchè forse conseguono alla pratica della insizione vaccinica, costituiscono per gli abolizionisti un'arma potente, se non per infirmarla, per darci almeno l'onta del discredito.

Ciò premesso, a tre principalmente io riduco le proposte in cui compendio i più essenziali provvedimenti atti a conseguire il desiderato scopo; ed esse sono:

1. *Presentazione obbligatoria del vaccinato all'Uffiziale sanitario nella medesima Casa Comunale, ove venne inoculato, otto giorni dopo la eseguita vaccinazione*;

2. *Reperto anatomico della vitella, da eseguirsi immediatamente dopo che dalla stessa vennero ricavate le pustole, e prima*

ancora che queste medesime vengano poste in commercio ed adibile per le pubbliche vaccinazioni;

3. Attuazione dei più essenziali precetti e norme antisettiche per fornire al vaccinando, prima e dopo dell'operazione, e maggiori possibili garanzie atte a preservarlo dagli accidenti consecutivi.

Ecco i criterî che io mi sono andato formando nella mia lunga esperienza di sedici anni nella pratica delle vaccinazioni, e dai quali, se non vado errato, dovrebb' essere guidato ogni medico coscienzioso, se non vorrà commettere in non poche disgraziate congiunture un vero avvelenamento, senza mai averlo voluto o desiderato!

Augurandomi che non mi si darà del pedante, io, su ciascuno dei tre cennati argomenti, sento il bisogno ed in pari tempo il dovere di spiegarmi un tantino.

Ed innanzi tutto sulla verifica delle pubbliche vaccinazioni.

Fondandosi sulla grande importanza e sulla immensa utilità pratica di un tale servizio, antichi e moderni igienisti, vecchi e nuovi legislatori, ispirati all'altissimo e nobile sentimento della pubblica salute, tutti e sempre concordemente consacrarono nei Regolamenti Sanitarî come obbligatorio l'accertamento della riuscita dell' innesto vaccinico, affidandone il delicato còmpito al medico vaccinatore.

Ed io stesso, edotto dai disinganni che pur qualche volta ebbi a provare nell'adempimento del mio ministero, levai alta la voce per dichiarare che « *al solo medico è devoluto l'imperioso dovere di constatare ocularmente l' esito della praticata operazione, come colui che offre tutta la possibile garenzia per l'attuazione e l'adempimento scrupoloso di ogni precetto che la pratica reclama. È riprovevole condotta l'affidarsi a mano non competente* » (1).

Enumerare qui i vantaggi che scaturiscono da tale visita di accertamento sarebbe dilungarmi non poco. Il risultato negativo conseguito dalla praticata insizione, ovvero il numero delle pustole (ammesso l' esito felice), la natura delle medesime, lo stato di reazione locale e generale del vaccinato, le possibili svariate complicanze e l'inizio delle molteplici affezioni morbose che possono alcune volte tener dietro alla vaccinazione, costituiscono delle conoscenze che, mentre stanno esclusivamente alla portata

(1) Vedi: Somma G. — *Sulla rivaccinazione — Pensieri — Napoli 1889.* — Tipografia dell'Unione.

del solo medico esperto ed intelligente, non possono essere omesse o trascurate, senza che rimanga scolpita nel bambino l'impronta della ignoranza o della noncuranza di colui a cui erano devolute.

Sventuratamente, la pratica finora inculcata dai Regolamenti Igienici e Sanitarî, almeno nella Città nostra, nella verifica delle pubbliche vaccinazioni, ingiunge l'obbligo, da parte del medico vaccinatore, di eseguire tale accertamento nel domicilio stesso del vaccinato negli otto giorni consecutivi alla eseguita vaccinazione.

Se savio e provvidenziale un tal precetto potrà sembrare in principio, nella pratica attuazione, attraverso tanti anni di esperimento, non v'ha chi mi potrà tacciare di esagerazione o d'inconscienza nel sostenere che esso riuscì inefficace, inattuabile, umiliante per chi doveva attuarlo, e quindi illusorio per chi dovendosi fondare sui dati raccolti, avesse dovuto compilare quadri statistici reali e coscienziosi relativi all'esito annualmente ottenuto dalle pubbliche vaccinazioni.

E, valga il vero, io posso asserire, senza tema di essere smentito, che, per una buona parte dei vaccinandi, la indicazione dei loro domicilî è falsata o dal dichiarante, per ragioni facili ad essere interpretate da ognuno, o dallo stesso individuo addetto a convenientemente raccoglierli in un momento di deplorevole confusione e di tramestio indescrivibile, inconcepibili solo da chi non si è giammai degnato di presenziare alle pubbliche vaccinazioni nelle nostre Sezioni Municipali. E ciò a prescindere da quelli che involontariamente sfuggono dall'obbligo della iscrizione nella lista dei vaccinandi, non che da quelli altri che, anche subordinandosi alla cennata iscrizione, non sanno per incapacità precisare il loro indirizzo, che l'impiegato addetto sarà poi costretto a ricavare dalla pandetta dello Stato Civile. In tal caso, se il domicilio ricavato avrà potuto essere reale al momento della nascita del bambino, non sarà più tale all'atto della iscrizione, per la sola ragione del cambiamento di domicilio, cosa ovvia e facilissima a verificarsi ad ogni piè sospinto presso il nostro popolo minuto, specialmente nelle attuali condizioni di risanamento in cui si trova il nostro paese. I non pochi statini di accertamento di vaccinazione, redatti con serietà di proposito e con coscienza, stanno lì a splendidamente affermare il mio asserto. Uno sguardo solo sui medesimi, ed il sagace osservatore non tarderà molto a convincersi che il povero medico vaccinatore, dopo un lavoro lungo, penoso, improbo, ed umiliante, avrà avuto lo sconforto di dover segnare nella tabella delle osservazioni di parecchi vaccinati la ingrata parola *irreperibile*.

E dall'altra, solo per chi ignora che in ogni anno si vaccinano in media per conto del Municipio di Napoli circa dodicimila bambini, il còmpito devoluto al medico nella pratica della verifica potrà giudicarsi piuttosto lieve. Ma, per amor del cielo, in questo tempo di verace realismo in cui ci aggiriamo, non ci camuffiamo d'avvantaggio con il vituperevole velo dl una abbominevole ipocrisia, e mi si permetta che io domandi a me stesso: è possibile mai pretendere da un medico vaccinatore un'esatto e coscienzioso accertamento della riuscita delle pubbliche vaccinazioni, recandosi ad ogni 14 o 21 giorni nei rispettivi domicilii di 50, 100, 150 ed anche più vaccinati? Ed ammessa pure nel medico-codotto un' eccesso di zelo, una lodevole abnegazione ed un profondo sentimento di amor proprio, potrà egli, col solo stipendio che percepisce dal Comune, sopperire agl' incessanti suoi bisogni, senza fare assegnamento sul possibile utile che liquiderebbe se tante ore e giorni di fatica consacrati a bene esclusivo del paese li adibisse a prò della sua privata clientela e dei suoi individuali interessi?

E quell'aureola di prestigio e di dignità professionale con cui gl'illustri nostri amministratori dovrebbero pretendere che si circondasse ogni suo rappresentante sanitario nell'adempimento delle sue funzioni, non viene deturpata, depreziata, manomessa ogni qual volta questi si umilia a recarsi nei più sozzi tugurii, nei più luridi lupanari per liquidar l'esito delle praticate inoculazioni?

Non dirò poi qual ricevimento sarà quivi serbato a queste vittime del proprio dovere: il nostro volgo, che sventuratamente conserva ancora, per qualche menoma guisa, le reliquie della barbarie e del dispotismo, sovente crede di riconoscere nella giamberga del medico municipale qualche cos' altra che nulla, per vero, ha di comune col nobile e delicato mandato a lui affidato, per cui questi, o sarà ricevuto con indifferenza, o dovrà contentarsi di non vedere od osservar male il bambino che, Dio sa, quante fatiche gli sarà costato il rintracciarlo, specie in alcune Sezioni della nostra vecchia Napoli. Da ciò la insussistenza del provvedimento, la impossibilità quasi assoluta dell'esatto adempimento del medesimo e la consecutiva inesattezza nella compilazione dei quadri statistici, su cui tanto assegnamento potrebbero e dovrebbero fare i Consigli Amministrativi e le Commissioni sanitarie dei singoli Comuni.

E noi siamo ben lieti nel constatare che, or son pochi mesi, l'autorevole parola del nostro illustre prof. CARDARELLI, nel seno dell' Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, valse, ne siamo sicuri, a richiamare l'attenzione del pubblico medico sul proposito, non senza procurare un qualche reale vantaggio alla derelitta classe dei bambini.

Ora, ad ovviare agl'inconvenienti, non che ai tanti possibili danni che possono conseguire a questo imperfetto sistema di accertamento della riuscita delle pubbliche vaccinazioni, io credo che il mezzo da adottarsi sia per quanto semplice, per altrettanto di facilissima attuazione.

Consisterebbe, come già dissi, nel *rendere per il popolo obbligatoria la verifica della vacccinazione nelle rispettive Case Comunali otto giorni dopo la praticata inoculazione.* Se, con la attuazione della nuova legge per la tutela dell'Igiene e della Sanità pubblica, la vaccinazione diventerà oramai obbligatoria, *quod erat in votis*, a me pare che *a fortiori*, per accreditare ogni dì più la importanza e la necessità della stessa, questa venisse garentita da tutti quei possibili esiti che possono comprometterla non solo in cospetto dello scienziato, ma benanche agli occhi dei profani, esigenti sì, ma colmi di micidiali superstizioni e sciocchi pregiudizii.

Ad ottemperare a questo bisogno, universalmente riconosciuto, niente di più serio e di più razionale che obbligare il vaccinato a subire la verifica da parte del medico nella stessa Casa Comunale ove subì l'operazione. Ed il popolo, che anche senza la obbligatorietà della legge, ha finora sanzionata col suo volontario intervento l'adozione della vaccinazione, accetterà di buon grado che l'accertamento della stessa venga parimenti fatto in Ufficio da appositi sanitarii, pur riconoscendo che la verifica ben fatta sia l'unica possibile garenzia per la salute della propria prole, preservandola non solo dalla probabile infezione vajuolosa, ma benanche prevenendo e curando a tempo tutte quelle svariate complicanze e successioni morbose che pur qualche volta si hanno a deplorare nel vaccinato.

E qui sento il dovere di dichiarare che, sottoponendo alla disamina dei nostri solerti amministratori e dotti igienisti questa proposta di riforma sul modo di accertamento della riuscita vaccinazione, io non abbia giammai avuta la pretesa di esporre cose nuove od anche praticamente inattuabili. Il provvedimento che io inculco, non solamente venne adottato da parecchi anni presso le più colte nazioni di Europa, ma ha dato finora nella sua pratica applicazione i più lusinghieri ed incoraggianti risultamenti. Al paragrafo quinto della legge sulla vaccinazione nell'Impero Germanico, del dì 8 aprile 1874, leggo infatti, col mio maggior compiacimento, che *ogni vaccinato dev'essere presentato al medico vaccinatore non prima del sesto e non dopo l'ottavo giorno dopo l'operazione*; anzi attingo da fonte attendibilissima che in non pochi Stati della Germania al 7° giorno dopo l'innesto, cioè nel giorno omonimo della settimana successiva, il vaccinato

viene esibito novellamente al medico per la revisione che va puntualmente eseguita nello stesso locale ove il bambino venne inoculato; e che se il vaccinato trovasi per eventualità infermo e non possa quindi essere portato nel locale delle pubbliche vaccinazioni, i genitori nel medesimo giorno prefisso si dànno premura di avvisarne l'Uffiziale Sanitario per gli adempimenti di uso.

Non altrimenti si pratica pure a Bruxelles ove, in appositi Ufficii, sono impiantate delle bellissime sale di osservazione che nulla lasciano a desiderare in quanto alla igiene, alla eleganza ed alle comodità, e nelle quali, in giorni prestabiliti, viene eseguita la cennata verifica.

Perchè dunque non attuare anche appo noi l'identico sistema?

Per chi naturalmente ignora l' indole cedevole, pieghevolissima del nostro popolo napoletano, avrebbe forse ben ragione a nutrire un certo dubbio circa il felice risultamento che potrebbe ottenere, almeno nell'inizio, l'attuazione di questo semplice, per quanto benefico provvedimento. Ed anche quando il buono esempio, le premurose ed insistenti raccomandazioni dei medici condotti, le accurate visite e cure domiciliari da prodigarsi gratuitamente dai medesimi a quei vaccinati che sventuratamente rimanessero colpiti dalle complicanze non bastassero ad inspirare nel popolo quella fiducia nel provvedimento atto a farci raggiungere fin dal principio il santo scopo, io sono convinto che anche qualche mezzo coercitivo potrebbe all'uopo essere adottato dalle autorità muuicipali, senza che con ciò venisse menomamente vincolata quella libertà individuale che la igiene e la retta e sagace amministrazione hanno sempre il diritto di trascurare ed anche di violare a prò della pubblica salute, specie quando questa potesse venire compromessa a detrimento di un paese intero per la incuria e per la indolenza di alcuni pochi soltanto.

Nè credo che difficoltà massime si abbiano a superare per prendere la iniziativa di tale benefica innovazione. Basterebbe solo che l' impiegato del carico, nell'atto della iscrizione del bambino nella lista dei vaccinandi della giornata, consegnasse ai rispettivi genitori, o a chi per essi un modulo a stampa (*vedi Mod. numero 1.*), nel quale venisse fatta ingiunzione di ricondurre il bambino nella medesima Casa Comunale 8 giorni dopo, ed in ore determinate, per fargli subìre dal medico l'accertamento della riuscita della inoculazione fatta. Ed, ai genitori inadempienti, che non avessero debitamente ottemperato a questo primo invito, l'Autorità Municipale locale, a richiesta dell'Uffiziale Sanitario, avrebbe l'obbligo di spiccare una seconda ingiunzione mediante la quale, se venisse a liquidarsi che il vaccinato si trovi nella impossibilità di esporsi all' ambiente aperto della via, perchè infermo o

sofferente, solo in tal caso la verifica sarebbe attuata a domicilio, assumendo in pari tempo il medico l'imperioso dovere della cura consecutiva del vaccinato.

Va da se che l'identico provvedimento sarebbe eziandio serbato quante volte, in seguito alla prima ingiunzione, i genitori si recassero appositamente in Ufficio a dichiarare che il proprio bambino non si trovasse in condizioni tali da poter subìre la verifica nella Casa Comunale.

Un mezzo poi indubbiamente efficace, e che a me sembra valevolissimo a far raggiungere la desiata meta consisterebbe appunto nel consegnare ai rispettivi genitori il certificato medico (*vedi Mod. num. 2.*) constatante la eseguita vaccinazione e l'esito felice sortito dalla medesima, da rilasciarsi dall'ufficiale sanitario su di apposito modulo a stampa, appena dopo l'accertamento della riuscita dell'innesto fatto in Ufficio.

Io qui non starò ad enumerare i benefici effetti che arrecherebbe l'attuazione di così semplice per quanto utile proposta. Innanzi tutto, nella certezza di ottenere un documento valevolissimo ed indispensabile per gli ulteriori bisogni della educazione del proprio bambino, i genitori accorrerebbero sicuramente volenterosi a far subìre negli Ufficî municipali la verifica della vaccinazione, se non per altro, per alleviarsi almeno le nojose ed incessanti istigazioni degli agenti comunali attuate per inculcar loro l'adempimento della legge che prescrive la obbligatorietà della vaccinazione. E poi si agevolerebbe potentemente la compilazione di un esatto e coscienzioso censimento vaccinico della città di Napoli, la importanza eccezionale del quale viene da ognuno ampiamente riconosciuta, specie in sull'attecchire di una epidemia vajuolosa; si darebbe agio ai poveri figli del popolo di essere incondizionatamente accolti negli asili d'infanzia, nelle scuole pubbliche e private, negl' istituti artistici ed industriali, e dovunque altro la esibizione di un tale documento viene tassativamente richiesta in nome della igiene preventiva e della pubblica salute; si eliminerebbe del pari ogni occasione di bassa e dolosa speculazione da parte dell' infimo personale amministrativo, e nel contempo, tanta misera gente, che logora la vita con le moltissime ore di lavoro, non andrebbe a sprecare il suo tempo inutilmente nella richiesta dell'anzidetto certificato legale, pel conseguimento del quale, assai spesso è obbligato a seguire una vera *via crucis*, se pur non sarà costretta a farselo rilasciare da un medico privato dietro analogo compenso.

Il profondo convincimento della utilità pratica risultante da cosiffatte innovazioni, mi spinge qui a trascrivere i due sumen-

zionati moduli, di cui l'Ufficio Sanitario di ogni singola Sezione Municipale dovrebbe essere obbligatoriamente provvisto.

(MODULO 1.°)

Municipio di Napoli

Sezione . . . .

In conformità dell'articolo 29 del Regolamento organico del Servizio Sanitario della Città di Napoli, si fa ingiunzione alla S. S. di presentare in questa medesima Casa Comunale nel giorno . . . . del corrente mese, alle ore . . . . precise, . . . l . . . bambin . . . . figli . . . di . . . . per far . . . subire la verifica della praticata inoculazione vaccinica, e rilasciar . . . qualora ne fosse il caso, l'analogo certificato legale constatante la felice riuscita della eseguita vaccinazione.

In mancanza vi sarà costretta a norma di legge.

Napoli lì . . . . 18 . . .

L'Uffiziale Sanitario

. . . .

(MODULO 2.°)

Municipio di Napoli

Sezione . . . .

Si certifica da me sottoscritto che . . . l . . . nominat . . . figli . . . di . . . . nel giorno . . . . del corrrente mese, in questa medesima Casa Comunale è stat . . . inoculat . . . di linfa vaccinica e con esito positivo, come si è potuto da me ocularmente constatare.

Ed in attestato del vero si rilascia il presente certificato.

Napoli lì . . . . 18 . . .

L'Uffiziale Sanitario

. . . .

Il Vice Sindaco

. . . .

Esaurita in tal guisa questa prima parte delle mie proposte, mi si permetta che io esponga pochissime e brevi considera-

zioni sulla 2.ª delle medesime, non meno interessante della precedente, riflettendo forse più direttamente la salute del bambino.

Dal momento che i pregevoli lavori di KOCH finirono per stabilire la inoculabilità della tubercolosi, non poche ricerche ed accurati studii furono eseguiti per acclarare se, mediante la linfa vaccinica avesse potuto trasmettersi la malattia dall'animale all'uomo.

Sventuratamente, le prove fornite dal VILLEMIN, dal MAY, dal BOLLINGER e da parecchi altri sancirono l'infausto sospetto. Ed, abbenchè lo STRAUSS con rigorosi ragionamenti scientifici si sforzi a dimostrare infondati i sospetti ammessi dagl'illustri ed autorevoli osservatori, pure, l'ultimo caso clinico occorso al Prof. MAROCCO di Roma e riferito abbastanza dettagliatamente nell'« *Archivio italiano di Pediatria* » che ho l'onore di dirigere, prova nel modo più classico e convincente la possibilita della trasmissione della tubercolosi dalla vitella all'uomo mediante la inoculazione della linfa vaccinica.

Ed innanzi tutto non è da mettersi in discussione che nei bovini l'affezione in parola possa essere facilmente riscontrata forse con una frequenza assai maggiore di quella che ordinariamente si crede. A prescindere infatti dai bovini assai inoltrati negli anni, in cui la malattia è stata già da un pezzo provata ed assicurata, negli animali giovani, costituendo forse una evenienza rarissima, non cessa di essere stata sanzionata e salientemente accertata da abilissimi osservatori. Il KÖNIG invero più volte ha rinvenuto nello stomaco e nell'epiploon di giovani vitelli la presenza di tubercoli, sopratutto nei macelli di Amburgo. BATSCHER, del pari, ebbe la rara fortuna di dimostrare all'Associazione dei Veterinarî di Monaco la tubercolosi polmonale in una vitella da latte. VIRCHOW istesso riscontrò la presenza di tubercoli nelle ovaje e nelle trombe di una vitella. Ed infine cinque casi ancora vengono citati da SOMMER, tre altri da FISCHER ed un'altro pure da MÜLLER.

Innanzi alla eloquenza delle citate preziose osservazioni è vano adunque illudersi. Se è dimostrato che, mediante ii latte dell'animale affetto, può benissimo la infezione trasmettersi all'uomo sano, a me sembra che con più forte ragione s'abbia a ritenere che ciò possa più di leggieri verificarsi mediante la linfa vaccinica, costituendo questa un veicolo ed un mezzo di trasporto forse molto più attivo e vitale del latte stesso. Nè vale il dire che ogni possibile evenienza potrà essere facilmente evitata assoggettando l'animale ad una attenta disamina, prima che venga inoculato o prima pure che dal medesimo si raccolga la linfa vaccinica per adibirla alle vaccinazioni umane, stante che non

è agevol cosa, anche per un' esperto zoojatra, diagnosticare in vita la tubercolosi nelle vitelle, e le dotte considerazioni del Seemann provano ampiamente questo mio asserto.

Ammesso adunque che con i più rigorosi esami obbiettivi eseguiti sull' animale noi non possiamo ottenere che appena segni presuntivi per poter ritenere od escludere che una vitella sia affetta od immune dalla tubercolosi, bisogna conchiudere, come ben dice il Marocco, che noi ci troviamo sempre di fronte ad un pericolo, anche quando le apparenze dell' animale siano delle più rasssicuranti.

Quid agendum?

I Consigli Sanitarî preposti ai più accreditati Istituti vaccinogeni del Regno, i nostri dotti e laboriosi igienisti, i nostri zelanti e previdenti amministratori saranno adunque per rimanere ancora inoperosi innanzi alle deduzioni della Scienza, alle eclatanti prove di fatto ed ai possibili pericoli da cui è minacciata l'infanzia con la pratica della vaccinazione?

Io nutro fiducia che la mia povera voce troverà alfine un'eco benevola nella specchiata loro intelligenza per vedere sanzionata una pratica che già da più anni venne adottata in parecchi altri paesi. Essa consisterebbe nel far sottoporre la vitella ad una rigorosa autopsia, appena dopo che dalla medesima fossero state raccolte e convenientemente conservate le pustole e la linfa vaccinica e prima che queste venissero adibite per le vaccinazioni pubbliche e private.

Sarebbe fuor di proposito il discutere qui a chi spetta il primato di una tale proposta; ci sembra intanto abbastanza provato che, sebbene dopo gli ultimi lavori di Koch, parecchi Istituti vaccinogeni avessero posto in attuazione questo razionale provvedimento, il Tedeschi di Trieste ne avesse fatto pel primo proposta a quel Civico Magistrato nella sua dotta relazione sanitaria dell'anno 1887, per cui quell'inclito Consiglio si affrettò a deliberarne la sanzione.

Consecutivamente il Marocco, a cui non erano pervenuti gli studî e le proposte del nosto collega triestino, nel suo pregevole lavoro inserito nelle colonne del citato periodico dell' annata corrente, venne alle medesime conclusioni, dichiarandosi pronto a schierarsi contro l' innesto ogni qualvolta un dubbio potesse albergare nell'animo suo sulla trasmissione della tubercolosi, e ciò per la impossibilità di procurarsi garenzie maggiori di quelle che oggi abbiamo. Tanto per debito di giustizia come storico imparziale.

Se un'esaltato convincimento di ciò che ho esposto non m'inganna, a me pare che niuna seria difficoltà ci si para dinnanzi nel tradurre in atto questa semplicissima innovazione. Per parte

dell' Autorità amministrativa sarebbe solo desiderabile che essa inculcasse ad ogni Direttore d' istituto vaccinogeno, a qualsiasi fornisore della linfa vaccinica nella città nostra, di tenere nel suo laboratorio una stanza adeguata per poter macellare l' animale, ed un'altra camera per poterne eseguire l'analogo reperto, già s'intende fornita di appositi corsetti di scolo, di acqua potabile abbondante e di qualsiasi altro mezzo giustamente reclamato dalla moderna igiene.

È chiaro pure che il reperto anatomico dell'animale dovrebb'essere eseguito da un distinto veterinario municipale appositamente delegato dall'Assessore del Ramo, ed innanzi ad una Commissione di persone competenti di fiducia dell'autorità municipale nel giorno che il Direttore stesso dell'Istituto vaccinogeno potrà stabilire come più confacente ai suoi interessi, purchè ne dia previamente avviso all'Assessore medesimo, acciò si possano ottemperare alle formalità di uso. E, solo dopo il rapporto redatto dal veterinario necroscopo e debitamente firmato dagli altri membri della Commissione, nella quale a noi sembra doveroso che funzionasse principalmente il Medico-capo del Municipio di Napoli, l'autorità competente permetterebbe lo smercio e l'uso delle pustole e della linfa raccolte dall'animale sezionato, qualora ogni rigorosa indagine fosse giunta a far ritenere immune l' animale da qualsiasi infezione. In contrario, il veterinario medesimo, ovvero il Presidente della Commissione all' uopo adibito, procederebbe al sequestro ed alla distruzione immediata di tutto il ricavato dall'animale dichiarato sospetto o realmente inficiato, salvo poi a giudicare se la carne del vitellino macellato potess'essere esposta alla pubblica vendita.

Ecco dunque come, con nessun sacrifizio e con mezzi abbastanza modesti, ma radicali, si potrebbe ovviare al più serio forse fra gl'inconvenienti che oggi dispiacevolmente deplorasi nella pratica delle pubbliche e private vaccinazioni. Il rispetto e la osservanza a questo provvedimento che, mi si perdoni la parola, dovrebbe essere elementare, mentre aumenterebbe il credito ed il prestigio all'innesto vaccinico di fronte ai detrattori ed oppositori di questa pratica secolare, non tarderebbe, ne son sicuro, a farci sperimentare quei benefici effetti che oggi invano ricerchiamo altrove.

Ed ora due parole ancora in riguardo alla terza ed ultima delle mie proposte, ed ho finito. Intendo alludere alle precauzioni antisettiche opportune a serbarsi nella pratica della vaccinazione. Per quanto è a mia conoscenza, posso dire con vivo compiacimento che alcuni egregi colleghi hanno già presa l'iniziativa in qualche

Sezione di Napoli di attuare un metodo speciale che io per verità ignoro perfettamente ; nè conoscendolo , potrei su di esso portare i miei apprezzamenti, stante che il procedimento da essi serbato trovasi ancora sul terreno dell'esperimento.

Comunque sia , a prescindere da quei precetti relativi alle mani dell'operatore, all'istrumento che egli usa per eseguire la insizione ed a quello che viene adibito dal fornisore, che si assume il dovere di apporre sulle braccia dei vaccinandi la linfa inoculabile , sarebbe indispensabile che alcune altre norme , di facilissima attuazione , venissero generalmente e rigorosamente adottate.

È innegabile che , in forza delle nostre odierne conoscenze circa la diffusioue di ogni specie di microrganismi nell'aria, nell' acqua , alla superficie di molti oggetti e specie delle nostre mani, ogni più scrupolosa nettezza non possa mai assolutamente impedire un'accidentale mescolanza di germi patogeni od indifferenti alla linfa vaccinica . Anzi , mi si permetta credere che l'organismo umano rattrovasi ordinariamente a vivere in un ambiente pregno di schizomiceti che, se sovente in noi non attecchiscono, cagionando i loro deleterei effetti, ciò va dovuto al non trovare essi quel terreno di coltura idoneo al loro sviluppo ed alla loro moltiplicazione, per quella immunità o resistenza organica che potremmo dire fisiologica.

D'altra parte, io non mi dissimulo il dubbio che può sorgere nell'animo mio nel giudicare quale influenza possa esercitare una energica ed ampia disinfezione sulla vitalità degli elementi costituenti la linfa che s'inocula, sul potere virulento della stessa e quindi sulla maggiore o minore efficacia del potere preservativo che la medesima dovrebbe spiegare consecutivamente nell'organismo. Come confesso ancora d'ignorare quale sia la resistenza offerta da questi elementi componenti il virus vaccinico avverso l'azione microbiotica ed antisettica di tante innumerevoli sostanze finora sperimentate. Per cui , se mi credo in debito di propugnare e caldeggiare un'adeguata disinfezione nella pratica della insizione vaccinica, opino del pari che non si debba eccedere al di là di quei confini che lasciano almeno in noi stessi il convincimento di aver convenevolmente ottemperato al nostro dovere, senza pregiudicare lo scopo che ci proponiamo.

All'uopo, quindi , il procedimento più utile e più sicuro che sul proposito è desiderabile adottarsi, consisterebbe 1) nella disinfezione della Sala di aspetto dei bambini, fatta accuratamente prima della venuta dei medesimi, con ampie e prolungate nebulizzazioni di soluzioni di acido fenico al 5[00 ; 2) nella detersione delle braccia del vaccinando, mercè spugna sterilizzata imbe-

vuta di soluzione tiepida di acido borico a 2|00, 3) nella sterilizzazione della lancetta o di qualsiasi altro istrumento adottato, nell'atto che si passa da un bambino all'altro; cosa per altro di leggieri effettuibile, bastando all'uopo che l'operatore tenesse applicato sulla lampada ad alcool od etere, e per pochi secondi solamente, l'istrumento di cui si serve, per poi nettarlo immediatamente con ovatta all'acido borico od all'acido fenico. Dichiaro pubblicamente di tenerci non poco alla scrupolosa esecuzione di questo semplicissimo precetto; poichè, se è vero, innegabile, dommatico che il sangue è uno dei veicoli più attivi di moltissime specie di microrganismi patogeni, niente di più facile che, non sterilizzando la lancetta, parecchie malattie da infezione, anche nello stadio d'incubazione, possano essere trasmesse dal primo al secondo individuo che si vaccina, mediante l'istrumento intinto di sangue del primo bambino sul quale si è proceduto alla inoculazione. Potrei citare all'uopo una quantità di esempi a sostegno di questa mia opinione, ma la ristrettezza dei limiti che mi ho tracciato nella trattazione di queste mie poche considerazioni me ne impongono il divieto.

Qualunque sia la sorte però che possa toccare a questo mio modestissimo lavoro, e qualunque siano gli apprezzamenti che potranno farsi su questi miei pochi pensieri, scritti, lo giuro, senza pretensione alcuna, io ambisco e terrò sempre a cuore il compatimento sincero e leale che potrà essermi elargito dai miei onorevoli colleghi. Fo voti solo chè Napoli, che splendidamente vanta la gloria di essere stata la culla della vaccinazione animale, non fosse poi l'ultima nell'attuazione di tanti sani precetti, che, conquistati laboriosamente dalla scienza, non debbono rimanere di patrimonio esclusivo della stessa, mentre oggi vengono incessantemente reclamati dal popolo, che giustamente ripone ogni speme di bene avvenire nel benessere e nella salute della sua cara infanzia.

1.° Dicembre 1889.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

XIII. Congresso dell'Associazione medica italiana tenuto a Padova nel mese di settembre 1889.

Esposizione sommaria dei lavori trattati nella Sezione pediatrica.

Nel giorno 22 settembre 1889 si inaugurò il XIII. Congresso medico italiano. — Questo Congresso presentò particolare importanza per i cultori della specialità pediatrica, essendo stata la prima volta che la Pediatria venne

solennemente proclamata come branca a parte dello scibile medico nei Congressi dell'Associazione medica italiana. — Nè più favorevolmente poteva essere accolto il progetto del Comitato ordinatore locale di creare una sezione speciale per la Pediatria. In questo Congresso infatti la Pediatria fu egregiamente rappresentata e pel numero e pel valore dei convenuti, e per la importanza dei lavori comunicati e delle tesi discusse.

Nella 1ª adunanza, 22 settembre, furono eletti a Presidente il Prof. DANTE CERVESATO, ed a Segretari i *Dottori* GOBBI e REMOR.

Il Dott. A. BIANCHI desidera richiamare l'attenzione dei colleghi *sopra l'ordinamento degli studi pediatrici in Italia.* Deplora sopratutto che attualmente alcune cliniche pediatriche sieno miste di forme mediche e chirurgiche e possano quindi esserne direttori indifferentemente clinici medici o clinici chirurghi. A porvi rimedio l'A. non vede che queste tre vie:

1) Limitarsi all'autonomia completa della Clinica medica pediatrica e della Clinica chirurgica pediatrica.

2) Curare la fondazione di un vero e proprio istituto pediatrico, che accolga oltre alle due suddette, anche altre cliniche speciali.

3) Procurare che ad ogni clinica generale sia unita una clinica pediatrica in modo da avere istituti completi singoli.

Nel 1º e nel 2º caso si avrebbe l'autonomia della pediatria, nel 3º la possibile sua dipendenza.

Intorno a questo argomento viene a svolgersi un'ampia discussione.

I Signori NASI, CANALI e CONCETTI non riconoscono la necessità dell'istituzione di cliniche pediatriche chirurgiche, sembrando loro che la chirurgia dei bambini possa benissimo essere esercitata da qualsiasi valente chirurgo; credono quindi che tutti i nostri sforzi debbano esser diretti ad ottenere la istituzione di cliniche pediatriche mediche — FEDE, BAJARDI e CERVESATO stimano invece più opportuno non pregiudicare la questione e chiedere al Governo l'istituzione presso le principali Università della Clinica pediatrica, senza fare distinzione di clinica pediatrica medica e chirurgica. — Messe ai voti le due proposte, venne approvata a grande maggioranza la prima, e cioè d'insistere presso il Governo per la istituzione della Clinica pediatrica *medica* nelle principali Università del Regno.

Nella seduta del giorno 23, il Dott CONCETTI di Roma trattò *della cura della pertosse coll'uso interno della resorcina.*—Il Dott. CONCETTI, partendo dall'idea che la pertosse sia una malattia d'infezione probabilmente generale, credette più razionale e più pratico l'uso interno di quel rimedio, in confronto della sua applicazione locale all'ingresso della laringe, com'era stata consigliata ed esperita dal MONCORVO Egli ne ebbe buonissimi risultati somministrando la resorcina da 1 a 3 grammi nelle 24 ore. — L'inefficacia osservata in 3 o 4 casi dovevasi attribuire o al vomito, od a gravi complicazioni bronco-polmonali, o alla qualità della resorcina, che se non è purissima non corrisponde.

Il Dott. REMÒR, in appoggio delle osservazioni del CONCETTI, ricorda varii casi di pertosse curati con successo nella clinica pediatrica di Padova con l'uso interno della resorcina, però a dosi meno elevate, arrivando cioè alla dose massima di 1,20-1,50. Rammenta inoltre che in uno di questi casi curati colla resorcina era riuscita inefficace l'antipirina, che almeno qui da noi è il rimedio che sin'ora si mostrò il più vantaggioso.

CANALI e CIGOLOTTI ebbero risultati negativi, ma credono con CONCETTI che ciò sia avvenuto per essersi usata della resorcina di cattiva qualità.

Si insiste da vari dei presenti sulla necessità di uno studio chimico e comparativo del farmaco. CONCETTI anzi promette di occuparsene.

MORRA raccomanda che nella valutazione dei risultati terapeutici si tenga calcolo della influenza del genio epidemico tanto potente nei riguardi della pertosse.

FEDE domanda in quanto tempo si ottenga la guarigione della pertosse usando la resorcina internamente.

CONCETTI risponde che dopo 15 giorni cessa il periodo spasmodico e che restano leggieri fatti catarrali per qualche settimana.

Cervesato soggiunge che ne'suoi casi si notò una pronta e sensibile diminuzione nel numero e nella intensità degli accessi, ma poca o nessuna modificazione riguardo la durata del morbo.

Cigolotti chiede se, spingendo la dose della resorcina a 3 grammi, limite fissato dal Concetti, non fossero per avventura insorti fatti di avvelenamento.

Concetti risponde negativamente; fa però qualche restrizione riguardo alla dose in relazione all'età degl'infermi. Soggiunge poi che la resorcina è preferibile all'acido fenico che riesce assai presto tossico, ed alla chinina, meno attiva e di difficile applicazione per la sua amarezza.

Nella seduta del giorno 24, il Dott. Sarra di Matèra comunica un suo lavoro *intorno alla paura come momento eziologico nelle malattie de'bambini.* L'Orat. rileva l'importanza della questione, e nota che questo momento etiologico da alcuni pediatri trascurato, viene da altri invece purtroppo esagerato. Ricorda gli studi di fisiologia fatti specialmente da Schiff e da Mosso intorno a questo argomento. Riferisce la storia di un bambino di 4 anni, che uscito illeso, ma spaventato, di sotto un carro che lo aveva travolto, emise nella notte abbondanti urine contenenti albumina, e due giorni dopo l'urina era perfettamente normale. L'Orat. opina che le emozioni agiscano sul sistema nervoso come potenti stimoli eccitanti, tanto più efficaci nell'età infantile per la naturale ipereccitabilità propria di quell'età. Egli mette le manifestazioni della paura nella grande categoria dei fatti riflessi. Ammette che nella loro esplicazione non sia del tutto estraneo l'elemento ereditario. Enumera le varie malattie nelle quali venne di preferenza invocata come causa l'influenza emozionale. Nega in via assoluta che alla paura possano seguire fatti flogistici; ammette invece la possibilità della febbre, che succederebbe quale fatto di reazione.

Egli si domanda se tale febbre sia da considerarsi come effetto di alterazione dei centri regolatori del calore, o non piutosto effetto di sostanze pirogene introdottesi nel circolo sotto l'agitazione nervosa.

Egli starebbe per la 2ª ipotesi e la suffraga con qualche fatto di sua osservazione. Cita anzi il fatto di un bambino di 6 anni, sofferente di malaria con febbre a tipo quotidiano, che dopo l'uso del chinino (4 grammi in 10 giorni) resta apiretico per 6 giorni. Quando viene assalito da un grosso cane. Dopo poche ore è preso da parossismo febbrile a 40,4. L'indomani la febbre rimette. L'O. esamina da ultimo l'influenza che il trauma emozionale porta sulle malattie croniche o subacute, accelerandone talvolta l'esito letale, e talvolta invece arrecando miglioramento.

Tedeschi trova strano che il Dott. Sarra abbia rilevato fatti clinici (aumento della temperatura) che ancora non hanno ottenuto il controllo sperimentale.

Cervesato domanda se nei casi di febbre da paura osservati dal Sarra venne tenuto calcolo del modo di comportarsi delle varie secrezioni ed escrezioni, e sopratutto poi se venne constatato un reale aumento del consumo organico, altrimenti sarebbe meglio parlare di semplici ipertermie anzichè di febbre.

Canali avrebbe osservato che la paura può dar origine a fenomeni epilettici e ad epilessia vera anche in bambini per nulla predisposti per ereditarietà.

Bajardi obbietta a Canali la somma difficoltà di escludere l'eredità e le disposizioni a contrarre una nevrosi, e cita esempi di casi da lui osservati. Mette in dubbio la dipendenza dell'albuminuria dalla causa emozionale sostenuta dal Sarra; nota inoltre che il parossismo febbrile di malaria nel caso narrato dallo stesso Dott. Sarra, ha forse potuto succedere per semplice coincidenza.

Fede ritiene che la paura da sola non basti a determinare l'epilessia. Crede invece alla possibilità dell'albuminuria da spavento, come effetto di complicate azioni reflesse vasomotorie; ed ammette eziandio che sotto l'influenza della paura i plasmodi passino nel torrente circolatorio provocando il parossismo febbrile.

Morra rileva che il reperto dell'albuminuria avrebbe valore se nel caso

del SARRA l'urina fosse stata esaminata ripetutamente ed a brevi intervalli, prima e dopo dell'accidente.

SARRA risponde alle varie obbiezioni e promette di tenerne calcolo nelle osservazioni che sarà per fare.

Il Dott. CONCETTI svolse quindi la sua comunicazione *sopra alcuni gravi fatti patologici che accompagnano la prima dentizione e della necessità delle incisioni delle gengive.* — L'O. riferisce anzitutto alcune gravi forme di pseudomeningiti, che ha osservato in certi casi di dentizione difficile e ritardata, narra di bambini la morte dei quali sarebbe stata determinata solamente e certamente da questa causa, e si meraviglia come la maggior parte dei moderni pediatri consideri la dentizione quale un fatto puramente fisiologico, incapace di arrecare gravi disturbi e come tale trascurabile dal lato della cura. L'O. crede che nei casi sovraindicati quando siano riusciti senza effetto i soliti soccorsi terapeutici, si debba praticare l'incisione profonda delle gengive, sbrigliando più che sia possibile il sacco dentario. Egli con questo mezzo ha molte volte troncato repentinamente alcune di queste gravissime forme morbose, che quasi certamente sarebbero terminate colla morte. L'A. riporta l'insieme di questi gravi fatti morbosi, che danno veramente il quadro clinico della meningite tubercolare, a fenomeni reflessi, che partono dalle ultime diramazioni del trigemino sulla polpa dentaria compressa per la resistenza che le gengive oppongono alla fuoriuscita del dente. Crede tuttavia che in tali casi possano esservi in giuoco anche altre cause concomitanti, ma di ordine affatto secondario. Ad ogni modo nota che la stipsi ostinata, ritenuta da altri come causa principale nella produzione di quella grave sintomatologia, non venne da lui mai osservata, ma anzi per lo contrario una diarrea più o meno imponente.

TEDESCHI fa cenno di una sua pubblicazione avente in fondo lo stesso scopo del CONCETTI; egli però crede indicata la incisione solo quando il dente fuoriuscito dal sacco dentario, trovasi solo ricoperto dalla gengiva, quando cioè il punto di partenza dei fatti morbosi sia appunto la gengiva.

CERVESATO ricorda la bella pubblicazione del GUAITA sulla pseudomeningite da dentizione.

FEDE dichiara di non aver mai osservato casi gravi di dentizione Non accetta le teorie di STEFFEN. D'accordo invece con HENOCH ammette una certa influenza della dentizione sulla produzione di vari fatti patologici nel dominio delle mucose e dei nervi. Terrà conto però delle osservazioni del CONCETTI.

FERRARI domanda a CONCETTI quanto tempo perdurino i fatti nervosi dopo la incisione e come si comporti la temperatura.

CONCETTI risponde che dopo poche ore cessano i fatti nervosi e la temperatura ritorna normale.

Nella seduta pomeridiana del 24 Sett. il Dott NASI di Torino svolse il suo tema: *Sulla inanizione nella mortalità infantile del 1.° mese di vita.* — L'Orat. premette che muojono d'inanizione bambini nati con debolezza congenita, dipenda questa da immaturità o da deficiente sviluppo, da stato morboso a meno. Però egli divide i nati deboli in 3 categorie: 1ª quelli che, sebbene deboli ed insufficienti, hanno tanto il movimento di suzione che quello di deglutizione; 2ª quelli che hanno nullo o quasi il movimento di suzione, ma conservano ancora il movimento di deglutizione; 3ª quelli che mancano affatto d'entrambi i movimenti. L'A. fa rilevare che sino ad oggi si ricorreva come ultima risorsa al *gavage* in tutti i casi suaccennati; egli invece lo riserva solo in quelli dell'ultima classe. Per gli altri ha ricorso ad un apparecchio injettore di gomma, che permette di far penetrare nella bocca del bambino il latte con movimenti alterni ed in quantità ben definita. Questo apparecchio si può usare tanto per l'allattamento naturale, quanto per quello artificiale. Nel primo sarà adattato ad una nuova tettarella di sua invenzione, nel secondo ad un poppatojo tutto in vetro che egli presenta. Conclude raccomandando tanto la tettarella come il poppatojo, perchè suscettibili di una asepsi completa, utilizzabili, tanto per i nati deboli quanto per i nati forti, nelle case private come nei grandi istituti.

L'assemblea approva ad unanimità e si congratula col Dott. Nasi per la sua importante comunicazione.

Il Dott. Tedeschi di Trieste legge quindi una sua pubblicazione *sulla debolezza congenita.* — Principia dal dimostrare l'opportunità di un capitolo di patologia speciale sovra questa forma morbosa. Egli cembatte la distinzione fra bambino immaturo e bambino nato debole. Per lui un bambino debole per quanto nato a termine è un bambino immaturo, o in altre parole è immaturo quantunque nato a termine perchè è debole. Descrive quindi il quadro della forma morbosa, e quale cura consiglia le iniezioni sottocutanee di sangue di pecora o di agnello, cura da lui esperimentata con grande successo e tanto che sovra 19 casi ebbe 2 soli morti.

Il Dott. Nasi oppone al T. che non si può chiamare immaturo un bambino nato a termine perchè debole; che il fare tutt'uno di immaturità e debolezza porterebbe la confusione; che ben diverso è il concetto clinico che si deve avere della debolezza congenita.

Il Dott. Canali osserva che senza voler discutere ora il metodo di cura consigliato dal T., crederebbe ad ogni modo sempre preferibile l'uso del sangue umano a quello degli animali, e meglio ancora una soluzione di cloruro di sodio sterilizzata.

Il Dott. Bianchi citato dal T. relativamente ad una sua pubblicazione sulla trasfusione peritoneale, rettifica alcuni fatti, e sostiene ora come in passato i pericoli cui si va incontro per la possibile presenza di sostanze tossiche nel sangue.

Canali, a suffragio della tesi sostenuta dal Bianchi, cita alcuni casi di propria ed altrui osservazione.

Morra domanda al T., quali modificaz oni avesse notate nel sangue dei suoi malati in seguito alle injezioni sottocutanee da lui eseguite. Se e quali modificazioni avesse osservate nelle urine, sopratutto poi se avesse notata la comparsa dell'emoglobinuria.

Il Dott. Tedeschi risponde anzitutto al Nasi ch'egli non crede di generare confusione facendo tutt'uno fra debolezza ed immaturità; ripete che per lui la debolezza congenita è sempre il frutto d'immaturità. Risponde al Canali ch'egli ha preferito le iniezioni sottocutanee di sangue a quelle di cloruro di sodio, perchè egli si proponeva con tale trattamento non solo di elevare la pressione arteriosa, come l'intende il Canali, ma di portare del liquido nutritizio all'organismo del bambino, il quale cade in debolezza perchè non è capace da produrne da sè — Non crede poi ai pericoli avvisati dal Bianchi e dal Canali. — Risponde infine al Morra che avendo fatte queste cure nella pratica privata non potè fare alcuna ricerca nè sul sangue nè sull'urina dei bambini nei quali praticò l'injezione sottocutanea di sangue.

Nasi, Canali e Bianchi insistono con nuovi argomenti nelle loro obbiezioni.

Il Dott. A. Bianchi di Firenze comunicò quindi alcune *sue osservazioni intorno alla milza nella sifilide congenita.* — I suoi studi di ascoltazione stetoscopica della percussione gli hanno dimostrato anzitutto il costante aumento di volume della milza nella sifilide, in rapporto all'epoca della infezione ed alla sua gravezza in rapporto alla cura ed alle recidive. — Egli applicò questi studii alla ricerca della milza congenitamente sifilitica, e potè di tal maniera constatare, che nei bambini sifilitici la milza trovasi aumentata sin dalla nascita, e ch'essa aumenta più all'indietro che all'innanzi, per cui può facilmente sfuggire a chi pratichi soltanto l'ordinario metodo d'investigazione. L'A. ritiene questa sua osservazione di grande importanza per la profilassi dei brefotrofi e delle balie, cui si danno i piccoli in allevamento, e richiama quindi l'attenzione dei colleghi su questi fatti semiologici di valore clinico, terapeutico e sociale.

Fede domanda in quale periodo dell'infezione trovasi questo ingrossamento della milza, e se in tutti i casi di sifilide congenita si abbia la milza ingrossata

Sarra domanda come sarà possibile distinguere la milza grossa sifilitica dalla milza grossa malarica.

CANALI fa un' osservazione simile riguardo al rachitismo, che pur di frequente si associa ad ingrossamento di milza.

MORRA domanda se l' ingrandimento della milza nei sifilitici contagiati dopo la nascita avviene fin dal principio dell'infezione, quando ancora non è comparsa l'ulcera dura, oppure se solamente a periodo più inoltrato, ed inoltre se l' aumento avvenga più nel diametro trasversale o nel longitudinale.

CERVESATO rileva che l'importanza della comunicazione del BIANCHII non starebbe tanto nel fatto dell'ingrossamento della milza nei bambini sifilitici, fatto già notissimo, quanto piuttosto in ciò che l'ingrossamento secondo le osservazioni del BIANCHI sarebbe sintoma iniziale, domostrabile sin dalla nascita, prima quindi di qualsiasi altra manifestazione.

TEDESCHI ricorda una pubblicazione tedesca, nella quale la corizza sarebbe indicata quale primo sintoma della sifilide ereditaria, e che quindi anche di questo segno dovrebbesi tener conto.

BIANCHI risponde che la ipertrofia splenica sifilitica distinguesi dalla malarica per l' anamnesi e per la forma della milza, che sporgente in avanti nella malaria, nella sifilide si spinge ingrossandosi all' indietro: che nel rachitismo poi la milza cresce tardi ed in tutti i sensi, e che altri criteri infine debbono convalidare il dato semiologico. Riguardo poi ai sifilitici contagiati dopo la nascita, accenna che l' aumento splenico si trova appena si manifesta l'ulcera infettante, ed in 3 casi l'ha potuto constatare anche prima.

Nella seduta del 25 Sett. Il Dott. BIANCHETTI di Verona trattò *della sclerosi dello sterno-cleido-mastoideo nei neonati.* — Accennato alla rarità di questa affezione ed alla sua predilezione per lo sterno-cleido-mastoideo di destra, ne descrisse le manifestazioni cliniche, il decorso e l' esito. Riferì quindi tre casi da lui osservati, nei quali usò molto utilmente il massaggio L'A. ritiene che le alterazioni patologiche che si stabiliscono nello sterno-cleido-mastoideo sono di natura infiammatoria ed hanno origine traumatica. In vista di ciò l'A. preferirebbe la denominazione di miosite traumatica dello sterno-cleido-mestoideo, colla quale verrebbe designata la eziologia e la patogenesi della malattia, anzichè quella di miosclerosi sin qui generalmente usata, accennando questa ad un esito possibile ma raro.

Il Dott. BONUZZI di Verona riferì quindi il risultato dell'esame microscopico da lui istituito sopra un pezzettino di muscolo esportato in uno dei tre casi comunicati dal BIANCHETTI. Egli avrebbe osservato che mentre nella parte centrale di quel pezzettino di muscolo v' era proliferazione dei nuclei del sarcolemma, verso la superficie invece si riscontravano parecchie fibre sclerosate e frammezzo a queste delle fibre muscolari più o meno alterate. Il Dott. BONUZZI sulla base di questo reperto vorrebbe qualificare il processo per una periomiosite.

Il Dott. BIANCHETTI tenendo calcolo non solo del fatto che l' esame istologico riguardava un singolo pezzettino di muscolo, ma eziandio e principalmente delle manifestazioni cliniche e dell'esito in completa guarigione, insiste nell'ammettere la miosite traumatica.

FEDE ritiene che le opinioni sostenute dai due egregi oratori non sieno tali che l'una abbia ad escludere l'altra.

BONUZZI fece quindi la dimostrazione dei suoi preparati.

Il Dott. BIANCHI parlò poscia *del contenuto gastrico e della sua ricerca nei piccoli.* — Egli principiè dal dimostrare come per mezzo della percussione ascoltata si possa delimitare la quantità del contenuto gastrico, nonchè le modalità di contorno dello stomaco. Descrisse quindi il metodo da lui seguito in tale ricerca, che avrebbe a suo credere le seguenti applicazioni pratiche:

1° di poter determinare il tempo di permanenza degli alimenti nello stomaco ed i residui nello stesso rimasti,

2° di poter regolare la distanza dei pasti,

3° di vedere gli effetti che i diversi medicamenti od i coadiuvanti della digestione gastrica porterebbero nell' affrontare o ritardare tale permanenza,

4° di verificare se nel decorso di certe forme morbose si prolunghi notevolmente tale permanenza e di trovare gli opportuni compensi terapeutici.

Tale ricerca secondo l'O. non avrebbe quindi solo valore semejotico e clinico, ma dovrebbe applicarsi su larga scala per regolare la dieta e l'igiene dei piccoli, e specialmente dei piccoli alla mammella.

Il Dott. GUELMI di Pavia presente alla 1ª seduta, fa pervenire oggi allo ufficio di Presidenza un suo lavoro *Sulla antifebbrina e sugli antitermici in alcune malattie dell'infanzia.*

(*continua*).

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Ospedaletto Infantile « Regina Margherita » in Torino. — Siamo ben lieti nel pubblicare il movimento generale dei bambini infermi accolti e curati durante l'anno 1889 in detto Spedale, a cui sono preposti come medico primario e direttore sanitario il Prof. S. LAURA e come chirurgo primario il Dottor A. NOTA.

Al 1° gennaio si trovarono ricoverati		bambini	n.	32
Dal 1° gennaio al 31 dicembre si accolsero		»	»	262
Uscirono guariti od in via di guarigione		»	»	226
Morirono nell'anno		»	»	36
Al 31 decembre si trovarono in cura		»	»	32
Si portarono poi all'Ambulatorio	di medicina	»	»	3488
	di chirurgia	»	»	1641
Si diedero complessivamente consulti medici		»	»	3988
Si diedero consulti e si fecero medicazioni chirurg. grat.		»	»	5567

Mortalità media complessiva — 13,75 %.

Omissione. — Fra i candidati che ottennero la eleggibilità al concorso pel posto di professore straordinario di Clinica pediatrica all'Università di Padova venne in 3° posto classificato l'egregio nostro collaboratore Dott. ANTONIO GUELMI di Pavia. Ripariamo ora a questa involontaria omissione occorsa nel precedente fascicolo per semplice errore tipografico.

Nuovo Giornale. — All'ora in cui scriviamo avrà già visto la luce una novella pubblicazione periodica denominata « *Il Segno* » Rivista mensile di Semejologia e di Patologia speciale medica, di cui ne è Direttore il Commendatore CESARE FEDERICI, professore di Clinica medica all'Istituto degli Studii Superiori di Firenze, e Redattore il Dott. UMBERTO GABBI, ajuto alla detta Clinica.

Scopo del periodico è quello di raccogliere tutto ciò che in Italia ed all'Estero viene pubblicato sulle enunciate materie dello scibile medico, e quindi non poca utilità sarà per arrecare ai medici pratici, non meno che agli scienziati.

Mentre esultiamo per la nobile iniziativa presa dall'illustre clinico di Firenze, auguriamo al nuovo confratello vita lunga e presperevole.

Concorsi a premio. — L'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta pubblica annuale del giorno 10 dicembre 1889, ha concesso il premio dell'*Igiene dell' Infanzia* di Lire 1,600 al Dott. FEISSINGER di Oyonnax per il suo pregevole lavoro: *De la décroisance au point de vue morbide.*

Porgiamo all'egregio collega i sinceri nostri congratulamenti.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Dispepsia dei neonati

Papaina pura.	gram.	0,50
Acido lattico	»	2,00
Sciroppo semplice	»	50,00
Acqua distillata	»	150,00
Tintura di vainiglia	»	q. b.

mib. Da somministrarne un cucchiaino da caffè immediatamente dopo ogni poppata, e nell'intervallo ogni ora.

TOUSSAINT.

Anoressia dei bambini

Solfato di magnesia	gram.	15 a 30
Tintura di rabarbaro	»	10,00
Acqua di finocchio.	»	80,00
Sciroppo di corteccia di arancio amaro . .	»	25,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino ogni 4 ore.

ARCHAMBAULT.

Bronchite

Decotto di poligala 3,00	gram.	75,00
Carbonato di ammoniaca.	»	00,75
Tintura di Scilla.	»	00,80
Sciroppo di Tolù.	»	15,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da tavola ogni 4 ore per un bambino di 8 anni.

WEST.

Angina difterica

Acido timico	gram.	1.00
Alcool	»	30 a 60,00
Acqua	»	1000,00

mib. Da farne lavaggi freddi alla dietrobocca ogni due o tre ore, mediante l'irrigatore.

GALLORIS.

Falso croup

Kermes minerale.	gram.	0,5 – 0,10
Alcoolato di radice di aconito. . . .	gocce	5 a 10
Tintura alcoolica di belladonna . . .	»	5 a 10
Sciroppo di fiori di arancio.	gram.	30,00
Acqua distillata di tiglio	»	120,00

mib. Da somministrarne un piccolo cucchiaio ogni mezz'ora.

SIMON.

Pertosse

Bromoformio	gocce	10,00
Alcool.	gram.	5,00
Acqua.	»	100,00
Sciroppo	»	10,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino da zuppa ogni ora.

STEPP.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

LA MIA PRIMA INTUBAZIONE PER CRUP LARINGEO

Comunicazione fatta alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli
nella tornata del 22 Dicembre 1889

dal Prof. FERDINANDO MASSEI
Socio Onorario.

Qualche tempo fa ebbi l'onore d'intrattenere l'Accademia sulle indicazioni del cateterismo laringeo e cercai prendere in considerazione i casi nei quali si ha in mente di farlo servire alla dilatazione metodica, e quelli nei quali avviene uno spasmo che minaccia la vita.

Oggi mi propongo dire poche cose sopra lo stesso processo, ma con la differenza che il tubo rimane nella laringe sino a completa guarigione. Compendierò in due parole la storia del cateterismo, per mostrare quanto di merito spetta ad O'Dwyer, cui è legato il nome di quest'altro processo, l'*intubazione.*

L'idea di ristabilire la respirazione per le vie naturali è antica, e persino anteriore alla tracheotomia: la storia dice che Ippocrate pensò al cateterismo, il quale rimase nell'ombra, quando Asclepiade immaginò la broncotomia.

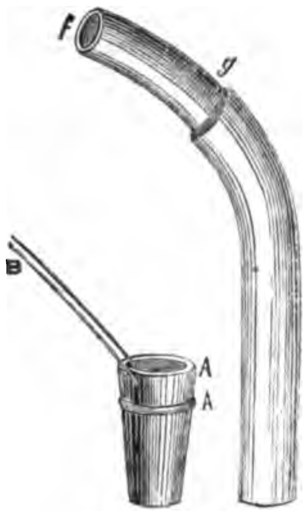
Certo è però che, malgrado poche altre vicende, con un salto attraverso i secoli, noi dobbiamo arrivare alla metà del presente per vedere risorgere nuovi tèntativi di cateterismo laringeo, perfezionati e corretti. Comunemente è attribuito al Bouchut il merito del *tubage*, dopochè nel 1858 pubblicava i primi casi. Nondimeno, un anno prima, a prescindere dal *grattaggio* nel crup ed altri tentativi per asportare le false membrane, il Loiseau si serviva della sonda di Chaussier e dell'anello di Gironard per cateterizzare la laringe. È risaputa la poca fortuna ch'ebbe la comunicazione di Bouchut; e doveva essere così, perchè da una parte i risultamenti furono temporanei, e dall'altra gli esperimenti del Trousseau e del Bouley (di Alfort) sui cani, dimostrarono che il tubo produceva ulcerazione della mucosa e necrosi delle cartilagini.

Ho trovato in un giornale spagnuolo (1) un disegno della can-

(1) *Los Avisos Sanitarios.*—N.° 29. Madrid, 20 Ottobre 1887.

nula che il Bouchut usava, e mi son persuaso che doveva avvenire precisamente questo, vista la forma del tubo allora in uso.

Ne presento la figura.



Spiegazione

f. g. Cateteri di varie dimensioni che servivano a portar le cannule.

A. A. Cannule di argento lunghe 1 $^1/_2$ – 2 centimetri, di 7-8 millimetri di diametro, che nel loro margine superiore terminano con un rilievo per potersi adattare fra le corde.

B. Filo che si passa in un foro per assicurare il tubo

(V'era pure un dito metallico per proteggere quello dell'operatore).

O'Dwyer sin dal 1880 a New-York, cominciò a lavorare sullo stesso argomento; rimise a galla la vecchia idea, ma studiò con tutta diligenza la forma dei tubi; e dopo una serie di tentativi, riuscì a presentare questi che oggi sono nella comune pratica. La *intubazione* incontrò tutte le simpatie nell'America del Nord; e per vero fino a poco fa, Waxham riferiva 1072 casi nei quali l'intubazione è stata praticata (alludo a quella condizione morbosa che più di tutti la reclama, voglio dire il crup) ed Ingals 514, con una proporzione di guariti tra il 27 ed il 26 0[0. Fuori di America, queste simpatie non pare siano state molto spiccate. Nondimeno Thiersch di Lipsia ha praticato 32 intubazioni ; 44 il Ranke di Monaco; 14 Kohn di Francforte sul Meno; 27 Guyer assistente della Clinica Pediatrica di Zurigo; 28 Ramon de la Sota di Siviglia. Nell'America del Sud, il dottor Cassanello, che ho visto poco tempo fa, qui in Napoli, mi assicurava di averla praticata parecchie volte e con successo a Montevideo.

Il ghiaccio è stato rotto in Italia dal dottor Egidi di Roma, che ha praticato pochi mesi fa tre intubazioni, ed al quale perciò spetta il debito onore.

Farò la storia degli strumenti, ripeterò quegl'inconvenienti che gli stessi fratelli del nuovo mondo lamentano, per mostrare come giustamente abbiamo tanto esitato ad introdurre l'*intubazione* (1) in Italia.

Il *tubo* del quale ci serviamo attualmente (v. la fig. 2 a pag. 52), è metallico, abbastanza pesante; comincia con una testa la quale ricorda, nella forma triangolare, la cavità laringea e presenta, subito dopo, uno strozzamento che corrisponde al livello della glottide; più giù v'è una specie di rigonfiamento che termina sotto forma di cilindro, ma appianato sui lati. La forma del tubo fa già intravedere i vantaggi che ha relativamente alla sua tolleranza ed innocuità, e difatti è provato che anche dopo parecchi giorni di permanenza in cavità, le pareti della laringe e della trachea non presentano alterazioni di sorta. Il tubo, che è graduato sopra una scala (v. la detta figura, 3) per proporzionarlo all'età del bambino, ha la lunghezza di cinque o sei centimetri, e porta di lato alla testa un foro in cui si fa passare un filo di sicurezza. Dentro vi è una specie di mandrino che si chiama *otturatore* (v. la detta figura, 2) appunto perchè ne ottura il lume e serve ad avvitarlo sopra un altro pezzo, l'*introduttore*.

L'*introduttore* (v. fig. 2) porta sul manico un bottone che spinge un doppio uncino ottuso destinato a liberare il tubo dall'*otturatore*, nel momento in cui è in laringe. Per ritirarlo, v'è l'*estrattore* (v. la detta figura, 4), una sorta di pinza che capita nell'apertura superiore del tubo, e l'operatore non ha che a premere sulla leva che sta sul manico, per impadronirsene ed estrarlo.

Il processo è semplice, simile a quello che i predecessori avevano adottato.

Bouchut faceva mettere il bambino nel decubito dorsale: noi preferiamo tenerlo dritto, seduto sulle gambe di un assistente che immobilizza gli arti inferiori; la testa è sorretta nella posizione verticale da un altro assistente, mentre ad un terzo si affida il *dilatatore orale* (v. la detta figura, 1) che si applica verso l'angolo labiale sinistro. L'operatore uncina coll'indice della mano sinistra l'epiglottide, introduce il tubo portando prima l'*introduttore* parallelamente allo sterno, poscia sollevandolo, e quando è penetrato nella laringe, dà una spinta al bottone per liberare il *tubo* dal-

(1) *Intubazione* è la traduzione fedele della parola inglese: *intubation*. A dispetto dell'eufonia, essa è stata accettata universalmente, per denotare appunto quel processo nel quale un tubo viene immesso nella laringe e vi rimane, libero, a permanenza.

l'*otturatore*, mentre coll'indice della mano sinistra ricalca in giù la cannula onde rimanga nella cavità.

Gli americani, dopo essere certi che questa è nella laringe,



tolgono il filo di sicurezza, che per loro serve soltanto a ritirarla nel caso fosse penetrata nell'esofago.

E sebbene le ragioni della libertà completa non siano dette, a me pare trovarle, innanzi tutto nella possibilità che il bambino

afferri il filo e faccia uscire la cannula, e poi in una inevitabile molestia e negli ostacoli che aggiunge alla deglutizione.

Ma su questo punto ritornerò tra breve. Gli americani stessi, però, ci hanno schierata avanti una serie d'inconvenienti che hanno sollevato, secondo me a torto, un paragone con la tracheotomia nel crup. Questo inopportuno parallelo, ha, fino ad un certo punto, pregiudicata la questione dell'intubazione.

Innanzi tutto è possibile che, trovandosi di fronte ad un caso che dura da alcuni giorni, ad un bambino esaurito, la semplice introduzione del tubo produca un arresto momentaneo della respirazione; sono registrati esempii nei quali il bambino è spirato tra le braccia dell'assistente.

Un'altra possibilità è che il tubo sospinga in avanti delle false membrane, di modo che si crei una stenosi tracheale insormontabile. È possibile che venga ricacciato sotto i colpi di tosse, ovvero che malamente scelto, cada giù nella trachea. Ed è in massima richiesta grandissima vigilanza, giacchè sebbene l'espettorazione si esegua in modo come non è possibile ideare senza vederlo, le false membrane che si distaccano ostruiscono la cannula e convien rimuoverla, cosa non facile, stretti dall'urgenza e dal pericolo. Infine, tra gl'inconvenienti previsti e più salienti vi è la difficoltà della deglutizione.

È precetto che intubato il bambino, bisogna proibire i liquidi, perchè questi capitando nelle vie del respiro , produrrebbero la pulmonite. Ecco perchè taluni pensarono a fornire il tubo di una sorta di valvola che funzionasse come l'epiglottide, modificazione che fu abbandonata, visto che il rimedio era peggiore del male. La difficoltà della deglutizione fu variamente interpretata; chi la volle riferire al peso del tubo, chi alla tumefazione delle parti, chi al difficoltato movimento dell'epiglottide. Per quanto costa dalla mia personale esperienza , io credo questa ultima la vera causa della disfagia.

Sono pure registrati dei casi nei quali il tubo è stato cacciato dalla laringe e deglutito; ma generalmente a questo fatto non si accorda molto valore, essendo stato poi ritrovata la cannula nelle fecce, uno o più giorni dopo l'accidente.

Io diceva che questi inconvenienti lamentati da coloro stessi che avevano adoperato il mezzo, hanno giustificata l'esitanza con la quale l'intubazione è stata accettata presso di noi; e malauguratamente i tre casi dell' Egidi , casi terminati letalmente ad onta della nota perizia dell'operatore, mettevano un punto nero nella questione.

Laonde non a torto, quand'io faceva, in linea teoretica, la critica alla intubazione, ho avuto agio di dire in più rincontri che *malgrado le parvenze, il metodo avea i suoi reali pericoli.*

Ma io ho avuto la fortuna di cominciare la mia pratica dell'intubazione con successo ; e colpito dai meravigliosi risultamenti, non per un sentimento di vanagloria personale, bensì unicamente perchè convinto dei notevoli servigi che potremo rendere alla terapia del crup, ho modificate le mie convizioni ed ho deciso di intrattenerne codesta illustre Accademia, a cui domando scusa se, avendo annunciata la relazione della mia prima intubazione, ho premesse tutte queste cose.

Verso la fine del mese decorso io fui chiamato presso un bambino di 4 anni che era vicino a morire per asfissia. Trovai i Professori F. FAZIO e CACCIAPUOTI che mi fecero, con dottrina e brevità, la storia del caso, da cui risultava chiara la diagnosi di crup primario. Il bambino aveva tutti i segni di una grave stenosi: depressione epigastrica delle più accentuate, depressione e mobilità estrema della trachea, cianosi marcata: *periculum erat in mora.* Accettai, senza discuterla, la diagnosi di quei bravi colleghi e l'indicazione netta che essi avevano posta, quella cioè di aprire un varco all'aria; ma quando, decisa la famiglia, ottenni il permesso di praticare la tracheotomia, proposi l'intubazione. Preparai tutto per procedere ad una rapida tracheotomia ed intubai. Era la prima volta, eppure non incontrai difficoltà di sorta; anzi mi parve che il vuoto della cassa toracica, quasi aspirasse il tubo. Al terzo tentativo io potetti avere la certezza che la manovra era compiuta.

Dirvi, o Signori, il modo onde questo bambino risorse a novella vita, è cosa oziosa per voi che avete operato più volte di tracheotomia, e meglio di me sapete le impressioni che prova il chirurgo; ma la soddisfazione di veder rinascere a novello individuo un individuo presso a morire di asfissia, con un processo semplicissimo e rapidissimo, è tale che s'impone all'animo, non con un sentimento di vanagloria, ma con il gaudio di possedere in momenti estremi, mezzi efficacissimi.

Confesso però che in quella circostanza ho commesso una vigliaccheria, della quale non solo non ho avuto a pentirmi, ma a lodarmi: io non ho ritirato il filo di sicurezza. Le forze mi mancavano per potere restare a guardia di questo piccolo infermo ; un tempo poteva venire in cui il tubo, ostruito dalle false membrane, poteva o doveva essere ricacciato.

Ai giovani colleghi Signori MASTROSTEFANO, MARANO, GARZIA, FONTANA e TIRALONGO, che si prestarono per una assidua e disinteressata assistenza, raccomandai che in caso di necessità ritirassero il tubo, e mi avessero richiamato. Per 31 ora, quello potette restare in sito senza disturbi e senza inconvenienti; ma poscia la respirazione ridivenne difficile, laboriosa tanto, che la

famiglia mi venne a chiamare in fretta. Quando giunsi, il dottor MASTROSTEFANO aveva già ritirato il tubo e scongiurata la catastrofe, perocchè anche senza di quello, il bambino respirava discretamente bene. Cosicchè avrei potuto aspettare, se non avessi creduto più prudente reintrodurlo. La sera, cioè 51 ora dopo la manovra, io volli, di mia volontà, estrarre la cannula, e visto che la respirazione si eseguiva in modo mirabile, mi decisi a tòrla definitivamente, tanto più che il termometro segnava 37°, 2 appena. L'unica conseguenza che rimase fu un poco di afonia; ma il bambino guadagnò presto e completamente la voce.

Il caso ha voluto che posteriormente io praticassi 2 altre fiate l'intubazione: concedetemi che ve ne dica sommariamente qualche cosa. La seconda osservazione deve esser registrata come un insuccesso, ma debbo dire ch'è uno di quelli che non pregiudica la questione.

Trattavasi di una bambina di undici mesi, figlia d'un nostro carissimo Collega, nella quale i Professori FEDE e D. MORISANI avevano riconosciuta una forma di stenosi delle prime vie del respiro, ma di cui riusciva difficile precisare la natura. La bambina era in istato assai grave; ad onta di ciò e della intraveduta possibilità che la stenosi si estendesse in giù (al Professor FEDE parve che a destra la respirazione fosse più debole che a sinistra), credetti per me un sacro dovere non ricusare il tentativo; tanto più che sperava anch'io, col ricordo del mio primo successo.

Riuscii nei primi tentativi ad introdurre il tubo, ma vi fu un momento in cui la respirazione si sospese ed il Professore D. MORISANI fu sollecito a praticare la respirazione artificiale. Superato il pericolo, constatammo che i beneficii ottenuti dall'introduzione del tubo erano minimi.

Perciò volli ripetere più volte la manovra e da queste ripetute prove risultò che, senza il tubo la respirazione era laboriosissima, molto più di quando la cannula era in laringe. Epperò poche ore dopo avvenne la morte.

Il terzo caso è anche più eclatante del primo. Un ragazzo a sei anni presentava da più giorni note di un crup secondario, sebbene di forma limitata di difterite faringea. Per due o tre giorni si attuò la solita medicatura; eppure venne dolorosamente un momento in cui non bisognava che scegliere tra la tracheotomia e l'intubazione. Credetti salvaguardare la mia responsabilità decidendo la famiglia alla tracheotomia, precisamente come aveva fatto la prima volta e come mi propongo di far sempre; e quando questa mi fu consentita, feci l'intubazione. Nell'introdurre il tubo rompo un piccolo ascesso; attraverso la cannula si vuota pus, e

poi esce un lembo di falsa membrana; la respirazione si ristabilisce benissimo come per incanto.

Dopo 48 ore mi decido a rimuovere il tubo; il bambino respira benino; ritorno alla carica e lascio il tubo in sito per altre 24 ore; ieri ho veduto il piccolo infermo perfettamente guarito. Coll'esame laringoscopico, che ho potuto benissimo eseguire grazie alla docilità del ragazzo, ho trovato, quando ho allontanata la cannula, la mucosa della laringe sana; soltanto ho visto una massa biancastra lungo le pareti tracheali.

Si può lasciare il filo di sicurezza fatta la intubazione? Io dico di sì: almeno fino al momento in cui non avremo guadagnata tanta pratica della manovvra, da servirci con sicurezza dell'estrattore. In un bambino indocile potremmo introdurre il filo per le narici ed assicurarlo alla fronte, anzichè al padiglione dell'orecchio, coprendo la testa con un berretto.

È fuori dubbio che i robusti fili di seta che servono per legatura in chirurgia, resistono stupendamente; ed al postutto sarà meglio decidersi a ritirare il tubo per rinnovare il filo in un momento di calma, anzichè attendere che si minacci asfissia ed essere obbligati a ricorrere all'estrattore, se il filo si rompe o fu tolto.

Riguardo alla deglutizione, è sorprendente la possibilità di poter far bere un bambino grandicello ed intelligente, se si ha cura di spingere oltre le pliche ari-epiglottiche la cannula: nei miei due casi fortunati ho potuto somministrare bevande, medicinali ed alimenti in gran copia. Se si tratta di poppanti, basterà ricorrere ad un piccolo catetere Nèlaton che s'introduce come sonda nell'esofago.

Due casi fortunati non valgono una statistica, nè io mi dissimulo che due circostanze favorevoli hanno contribuito a questo successo: da una parte la limitazione del male; dall'altra il momento in cui la stenosi minacciava la vita, cioè quello in cui il processo tendeva ad esaurirsi; altrimenti in così breve tempo, non avrei potuto togliere il tubo. Queste considerazioni servono pure a convincerci che il crup può uccidere proprio nel momento che sta per risolvere.

Parva favilla! Ma non avrei saputo portarla in ambiente migliore.

Voi, o Signori, che alla dottrina accoppiate imparzialità nei giudizii; voi che avrete occasione di praticare parecchie fiate l'intubazione negli ospedali; voi potrete riuscire ad accreditare il novello metodo; ed allora la piccola scintilla, ravvivata dal vostro soffio, irradierà di viva luce una delle più belle conquiste della chirurgia conservatrice.

Nota.—Dopo la presente comunicazione, ho avuto agio di fare una quarta intubazione in una bambina di 7 anni, affetta egualmente da crup. Le circostanze del caso furono delle più strane: introdotta la cannula, poco vantaggio; dopo alcune ore, miglioramento; durante la notte la respirazione si fa tanto laboriosa, che il padre della ragazza che la veglia, si decide a ritirare il tubo.

Io arrivo l'indomani e trovo una moribonda. La reintroduzione della cannula non arreca nessun sollievo; propongo la tracheotomia, che è accettata, ma ch'io stesso esito a praticare, temendo di perdere la bambina sul tavolo dell'operazione. La cianosi è estrema, il capo cade sul collo, fenomeno Cheyne-Stokes. In un momento di disperazione, mi decido a rimettere il tubo, e questa volta si vuota pus denso, ma scarso, attraverso quello. La bambina risorge, e dopo 5 giorni respira bene senza tubo. Dopo 7 giorni, la dimetto guarita. (Ha rotto coi denti il filo, epperò son riuscito benissimo a togliere sempre coll'estrattore il tubo, onde nettarlo e studiare i progressi della respirazione glottica).

Ospedale del Sov. Mil. Ordine di Malta per Fanciulli in Milano.

RENDICONTO STATISTICO DELL'ANNO 1889

per il Dottor Cav. R. GUAITA.

Nel presentare questo quarto Resoconto annuale all'Ecc.^{mo} Ordine di Malta, tanto benemerito per la fondazione di quest'Ospedale Infantile, ci gode l'animo nel constatare, anche per la decorsa annata, il buon prosperare della benefica Istituzione. Lo svolgimento morale ed igienico dell'Istituto, sotto l'alta sorveglianza del Comm. Ghisalberti, ebbe anche in quest'anno ad avvantaggiare non poco, vuoi per la sua solerzia e diligente attenzione, vuoi per la cortese premura avuta nello appagare ogni nostro desiderio o richiesta; come d'altra parte n'ebbero beneficio immenso, nella igiene, nel regime dietetico, nell'amorevole assistenza, i poveri bambini ricoverati, per parte delle Rev. Suore preposte al difficile còmpito, le quali con speciale abnegazione ed un amore materno, veramente lodevoli, seppero adempiere in tutto all'alta mansione.

Se il numero dei bambini accolti sembra a tutta prima, al disotto di quanto avverasi in altri istituti consimili, questo devesi a due principalissime ragioni, certo non del tutto disprezzabili, e delle quali anzi una torna a lodevole encomio del principio filantropico ed umanitario che informa lo statuto del nostro Ospedale. Ed alludo qui, per primo punto, al fatto, sempre ed in modo speciale, nei precedenti Rendiconti appositamente rile-

vato, dell'essersi voluto fare, per parte dell'Ordine, colla fondazione dell'Ospedale Infantile, una vera e propria e ben intesa beneficenza, coll'accogliere ammalati, di malattia acuta e subacuta, e col ritenerli nelle sale non solo a guarigione appena compiuta, ma pur anco e massime allo scopo che venisse poscia intrapresa una ben adatta ed appropriata cura ricostituente a seconda delle peculiari indicazioni di quel dato organismo infantile. Egli è per ciò che ammalati di bronco-polmonite, a mò d'esempio, di semplici pleuriti, di pure forme gastro intestinali, di anemia ecc venissero ritenuti nell'Ospedale, occupanti un letto apposito, e già limitato nel numero, per parecchie settimane, a scapito d'altri che avrebbero potuto essere accettati, allo scopo appunto di praticare in essi cure lunghe, minuziose ed ininterrotte il cui esito favorevole ci lasciasse fondate speranze di lungo benessere in quei già tanto delicati, e sempre deperitissimi organismi. Ed i fatti per lo appunto vennero ad appoggiare la previdente idea dell'Ordine fondatore. Tanto nel decorso dell'annata che ci occupa, quanto negli anni passati, ci accadde che bambini licenziati guariti dalla forma acuta per la quale erano stati accolti (per l'urgenza di un letto disponibile) dovessero poi ricorrere dopo due o tre mesi per la accettazione in causa di disturbi svariati, collegati e successivi alla forma precessa e sopravvenuti solo ed esclusivamente per le cattive condizioni d'igiene, di cura e di dietetica cui andarono a trovare nei loro abituri.

L'altra circostanza che limitò il numero delle accettazioni sta nel fatto del non avere, annesso all'Ospedale, un ambulatorio speciale da cui si potessero scegliere ogni giorno in discreto numero bambini da accogliere. L'ambulatorio è il vero semenzaio dei bambini da cernita per popolare un Ospedale, ma d'altra parte è il coefficiente massimo perchè venga distrutta l'idea più beneficamente lata, più filantropica e più utile per questi esseri costituenti dopo tutto la futura società, e dall'Ordine adottato, cioè della ricostituzione dell'organismo, della riforma completa, se così mi è dato esprimermi di un'avariata costituzione infantile.

* *
*

Aperto l'Ospedale nel Maggio 1886 con dodici letti, sono questi oggi portati al numero di quattordici (oltre quattro altri in recinto separato per le eventuali malattie epidemico-contagiose). E vanno pure qui annoverate sette fondazioni speciali, dovute alla munificenza di privati, di cui ci piace affidare a queste pagine il nome doppiamente illustre.

Conte Marcello Rocca Saporiti Marchese della Sforzesca,
Cav. di divozione del S. M. O. di Malta.

Conte Alessandro Rocca Saporiti, Cavaliere id.
Conte Pompeo Barbiano di Belgioioso, Cav. id.
Duchessa Melzi d'Eril nata de'Conti Barbò.
Generale Massimiliano Caccia, Ven. Balì S. M. O. di Malta.
Gerolamo e Galeazzo dei Marchesi Sommi-Picenardi.
Duchessa Maria Serbelloni Sfondrati ved.ª Contessa Crivelli, Dama d'onore del S. M. O. di Malta.

* *
*

Egregi e competenti visitatori di ogni ceto e d'ogni professione, in ispecial modo medici nazionali ed esteri, ebbero parole di lode vivissima e di ammirazione sincera per questo Ospedaletto, dove la igiene e la assistenza fanno assidua e nobile gara colla cura medica la più coscienziosa ed oculata pel sollievo di tante misere e care creature.

* *
*

Nell'annata 1889 furono accolti nell'Ospedale infantile numero 65 bambini, dai 2 agli otto anni. Di questi uno migliorò, quattro morirono, sessanta vennero licenziati guariti. Gli ultimi cinque rimasti al 31 Dicembre 1889 uscirono guariti nel Gennaio successivo; vengono perciò computati, e per miglior chiarezza e per comodità di statistica, nel totale dei 65 accolti Le malattie curate furono 91.

Rispetto al modo d'allattamento avuto dai singoli bambini, quattordici ebbero lo allattamento materno esclusivo sino a sei mesi, diciannove lo allattamento misto già fin dall'inizio di loro esistenza, sei furono allattati artificialmente e ventisei ebbero lo allattamento mercenario. Di questi ultimi, in ventuno si potè constatare in modo positivo che il latte della nutrice, all'atto di assumere il neonato per lo allattamento, contava oltre dieci mesi di età. — Tali sono, e lo rileviamo da anni parecchi, le più frequenti e le più importanti cagioni della enorme mortalità infantile e dell'ingente numero di rachitici, di scrofolosi, di anemici.

La gravezza e la natura della malattia per la quale si ebbero a deplorare quattro decessi è tanto appariscente per sè ch'io reputo per lo meno inutile il fermarvi sopra l'attenzione di chi mi legge.

L'aumento di peso del corpo dei bambini all'atto del licenziamento, aumento davvero eccezionale in parecchi di essi, sempre assai marcato in pressochè tutti, è prova sicura e soddisfacente dello indirizzo giusto ed oculato avuto nelle lunghe ed assidue cure ricostituenti.

*
* *

Il bambino affetto da *nefrite brightica* e risultante uscito migliorato, è quello stesso che, rientrato dopo tre mesi nell'Ospedale, vi figura decesso. Esso venne licenziato dopo una degenza di tre mesi e allorquando da sette settimane non riscontravasi albume nell'orina, nè gli elementi propri della nefrite, nè alcun edema. Il colorito e l'aspetto del fanciullo erano d'assai migliorati, le carni rese più sode, le digestioni e le defecazioni assolutamente normali. Non erasi però riscontrato alcun aumento nel peso del corpo. In uno dei primi giorni di Ottobre il fanciullo trovandosi a Como fece, con un'imprudenza fenomenale, una lunga e faticosa salita sopra una delle alte vette che circondano la città; fra la salita e la discesa impiegò cinque ore, compresa un'ora di sosta lassù. Nello scendere, il tempo, già minaccioso, si volse al brutto, nebbia, vento, freddo, eccezionale per quei dì, sicchè il fanciullo ne scese precipitosamente arrivando in città sudato oltre ogni dire e con orripilazioni di freddo per il corpo. Da quel dì, senza essere obbligato a letto, non fu più bene; riapparvero gli edemi, e tutti i fenomeni di una seria nefrite, pronosticata letale già fin dal giorno di sua entrata all'Ospedale.

Nella sua prima degenza la cura consistette in dieta lattea, due litri al giorno, bagni a vapore, tintura di strofanto e purgativi. Ad ogni purgante propinato constatavasi sempre una diminuzione nella quantità dell'albume, e ciò massime se per due o per tre mattine di seguito propinavasi il purgante, che per solito era calomelano. Fatto sta che anche in pratica privata, e ciò da anni, io seguo, nelle cure delle nefriti, sieno reumatiche, sieno da infezione precessa, la cura purgativa generosa, senza per altro eccedere, e n'ebbi sempre ed ovunque buoni risultati. Per due giorni di seguito propino il calomelano, alternato talvolta all'olio di ricino; e così continuo per l'intera cura, sostenendo il malato colla dieta lattea, se tollerata, con vino, brodo e cura diaforetica, quando del caso.

Tale sistema di cura fu pure seguito nel fanciullo in discorso, alla sua seconda entrata, e sempre con effetto benefico per quanto riguardava la diminuzione degli edemi, la orinazione, resa più abbondante e la quantità dell'albume scemata. Quand'ecco avverarsi da un giorno all'altro una estesa erisipola alla radice delle due coscie, al basso ventre ed ai lombi, con temperature oscillanti per sei giorni dai 39,5 ai 41°, e seguirne il decesso sotto fenomeni d'imponente idrope generale e paralisi di cuore.

*
* *

I due casi di *tosse ferina*, l'uno entrato per angina follicolare, e quindi già in corso del male, non diagnosticabile all'atto del-

l'accettazione; l'altro avutosi come malattia prima, diagnosticata dopo tre giorni di degenza, ebbero il decorso tipico della malattia, tanto per la natura degli ascessi che per la loro veemenza. In entrambi stabilita la diagnosi, venne praticata la cura mista, Guidi-Moncorvo; e cioè ogni tre ore pennellazioni alla epiglottide, di resorcina Suchard al 3 per cento, ed internamente tre polveri al giorno di antipirina 0,15, bisolfato di chinina 0,20—cataplasmi senapati al petto ed al torace, qualche espettorante ed evacuanti. La guarigione perfetta si ottenne in entrambi dopo una quindicina di giorni di cotale assidua e non interrotta cura.

*
* *

Il caso di *anemia splenica* riguarda un bambino di anni cinque e mezzo, entrato colla diagnosi di nefrite. Mostravasi un soggetto malandato, di costituzione fisica, pallido, cereo, con edemi alle palpebre e lungo le due tibie, con milza debordante quattro dita trasverse dall'arco costale, col fegato pure debordante un dito trasverso, e lamentantesi di somma, generale, indefinita prostrazione. Dalla accurata anamnesi non risultò che in passato vivesse in siti di malaria, nè avesse subìto processi di lenta suppurazione nè malattie esaurienti d'indole speciale. Non sifilide, in modo certo in famiglia, non forme eruttive speciali. Solo risultò andar egli soggetto a catarri intestinali ricorrenti della durata di otto, dieci, quindici giorni ogni volta, ripetentisi ogni mese, ogni mese e mezzo; cause concomittanti: gli abituri malsani, male aereati, il vitto improprio. L'esame del cuore fu sempre affatto negativo, lo esame diligente, accurato e ripetuto dell'orina, praticato per un buon mese ogni giorno, completamente negativo.

Stabilitasi una cura di vitto speciale, con cibi molto azotati, e praticata la cura con lattato di ferro, bisolfato di chinino e fosfato di calce, ne usciva completamente risanato dopo oltre tre mesi di degenza nell'Ospedale.

Questo ammalato fu pure veduto e diagnosticato tale dal Dottor Concetti di Roma e dal Prof. Fede di Napoli.

Milano, 27 Gennaio 1890.

Quadro sinottico degli ammalati curati nell' anno **1889**

MALATTIE	Età Anni	Esito	Aumento di peso del corpo durante la degenza Grammi	Osservazioni
Dispepsia gastrica	3	guarito	nullo	Scrofolosi
Linfaticismo	5	»	750	
Bronchite catarrale diffusa	3 ½	»	1600	
Bronchite catarrale diffusa	2	»	150	
Bronchite catarrale diffusa	3	»	750	Rachitismo
Pleurite secca sinistra	4 ½	»	750	
Bronco-pneumonite doppia	2	»	400	Rachitismo
Bronchite catarrale diffusa	3	»	1350	Linfaticismo
Verminosi	3	»	400	Ictiosi
Angina follicolare	7	»	50	Febbre gastrica'
Indurimento apice pulmone sinistro	3 ½	»	1400	Precessa bronchite degli apici
Catarro bronchiale	3	»	350	Rachitismo
Febbre gastrica	4 ½	»	900	Morbillo
Bronchite catarrale	4	»	850	Rachitismo-verminosi
Bronco-pneumonite lenta post morbillo	2 ½	decesso	—	Meningite basilare
Bronco-pneumonite doppia	2	guarito	nullo	
Bronco-pneumonite totale doppia post morbillo	2	decesso	—	
Congestione apice polmone sinistro	3	guarito	1800	
Angina follicolare	2 ½	»	50	Tosse ferina
Pneumonite apice sinistro	6	»	650	
Indurimento apice pulmone destro	3 ½	»	650	Bronco-polmonite base destra
Bronchite catarrale diffusa	6 ½	»	450	
Scrofolosi	6 ½	»	750	
Cloremia	8	»	100	
Adenopatia bronchiale	7	»	nullo	
Bronchite catarrale diffusa	2	»	nullo	Rachitismo
Bronchite catarrale	5	»	1150	
Anemia da infezione tifoidea	3 [illegible]	»	850	

Bronchite catarrale diffusa	2	»	800	
Nefrite Brigtica	7	migliorato	—	
Anemia splenica.	5 ½	guarito	1150	
Catarro bronchiale	8	»	1600	
Reumatismo muscolare	4	»	950	
Bronchite catarrale diffusa	2	»	2050	
Febbre gastrica infettiva	7 ½	»	700	
Pleurite secca destra	6	»	1050	
Bronchite catarrale diffusa	6	»	600	Bronco-polmonite base destra
Catarro apici polmoni	5 ½	»	850	
Catarro bronchiale	3	»	850	
Dispepsia intestinale	3	»	450	Rachitismo
Anemia da difterite	3	»	800	
Dispepsia gastrica . , ...	4	»	1750	
Ectasia gastrica	4	»	150	
Bronchite catarrale	3	»	nullo	
Laringo-tracheo-bronchite catarrale	4	»	700	Pseudo tifo
Nefrite Brigtica	7 ½	decesso	—	
Ectasia gastrica	2 ½	guarito	800	
Ectasia gastrica	4	»	1200	Verminosi
Catarro intestinale sub-acuto	3	»	600	
Pleurite sinistra secca	5 ½	»	800	
Ectasia gastrica	5	»	1100	
Infezione malarica	2 ½	»	600	
Tosse ferina	2	»	700	Verminosi
Infezione palustre	6	»	1300	
Catarro intestinale sub-acuto	2 ½	»	500	
Bronchite catarrale diffusa	2	»	400	Verminosi
Catarro bronchiale	2	guarito	600	Rachitismo
Bronchite catarrale diffusa	2 ½	»	400	Rachitismo
Catarro bronchiale	3	»	800	Rachitismo
Ectasia gastrica	4	»	1200	
Bronco-polmonite doppia	5	decesso	—	Rachitico

Totale entrati N.° 65. { Totale decessi N.° 4
» migliorati » 1
» guariti » 60

N.° 65

Dottor G. GUIDI

METODO DI PERFEZIONE PER L'ALLATTAMENTO ARTIFICIALE

Proposta e descrizione di un poppatoio da adottarsi per l'uso del latte sterilizzato

Lettura all' Accademia medico-fisica fiorentina.

Ebbi già ad accennare, nelle mie pubblicazioni d'igiene infantile (1), come io non fossi, per massima, partitante dell'allattamento artificiale quando la madre, o in sua vece una discreta nutrice, potesse soddisfare alle esigenze di un buon allattamento *muliebre*; o quando l'allattamento *muliebre-misto*, od anche l'allattamento *misto-animale* potesse rigorosamente praticarsi, date le opportune condizioni indispensabili a tali sistemi.

Ma esistono, purtroppo, circostanze molteplici, che impediscono sovente alla madre di praticare l'allattamento materno, o di affidare la cura a donna mercenaria; come, del pari, esistono sistemi molto erronei, oramai inveterati nel popolo, e che consistono nell'affidare i neonati a donne prezzolate, cui molto fa difetto, di quanto l'igiene e la carità richiedono per l'allattamento.

È oramai nota ad ognuno, infatti, la immorale speculazione che, su pubbliche vie suol farsi, mercanteggiando le nutrici; e non vi è medico pratico, cui sieno passate inosservate le bugiarde affermazioni avanzate da donnicciuole, le quali giuocano, sulla vita dei lattanti, un disonesto guadagno carpito con frodi ed inganni: quindi è che io posso tralasciare di diffondermi sull' importante argomento della scelta della nutrice, e sulla necessità, che presso noi si mostra imperiosa, della istituzione di un *ufficio di collocamento pei lattanti*, che fin d'ora caldamente raccomando alle solerti cure di coloro cui spetta.

Tenuto conto di queste ed altre circostanze, non sono rari i casi nei quali, in pratica, dobbiamo coscienziosamente anteporre l'allattamento artificiale agli altri metodi, cui sopra ho fatto cenno. Per quanto adunque io mi sia dichiarato contrario, per massima, all'allattamento artificiale, non intendo, per questo, bandirlo dalla pratica nè condannarlo ; essendosi oggi esagerato, a parer mio, quando si è affermato, a bella prima, che esso costituisce un elemento di crimine volontario; e, forse poetizzando il concetto, con una parola altisonante, si è chiamato *infanticida* il poppatoio.

(1) Guidi.—Igiene del bambino — Milano, tip. Vallardi, 1889.

L'allattamento artificiale in genere, dà dei risultati inferiori, per certo, dell'allattamento muliebre: ma non è micidiale che per mancanza di rigore di metodo; chè, anzi, è da ritenersi proficuo e preferibile, sempre, là dove l'allattamento muliebre fa difetto, per parte della madre o della nutrice, dei più elementari requisiti indispensabili alla buona riuscita dell'allattamento.

*
* *

Sono a tutti, oramai, noti i metodi rigorosi da doversi porre in opera allorchè vuolsi praticare l'allattamento artificiale: pure essendomi proposto di far conoscere un nuovo modello di poppatojo, che io ho fatto costruire per la somministrazione del latte di mucca già preparato secondo le formole richieste, e sterilizzato col metodo del SOXHLET, non sembrami superfluo che io mi soffermi ad accennare di volo i particolari più importanti del metodo, col quale deve somministrarsi il latte di bestia.

Onde l'allattamento artificiale proceda spedito, e dia buoni risultati, occorre soddisfare ad un insieme di precetti fondamentali, dei quali la massima parte riguardano l'igiene dell'allattamento in genere; molti il bambino; alcuni l'animale che dà latte; altri l'istrumento col quale viene sostituito l'organo muliebre.

Appartengono al primo gruppo le norme da seguirsi per la distribuzione, quantità, temperatura, miscela, sterilizzazione del latte ecc.; onde ci si avvicini, per quanto si può, all'allattamento muliebre.

Appartengono al secondo gruppo tutte quelle norme, che non vogliono essere minimamente trascurate, e che sono in stretto rapporto con l'età del bambino, con le condizioni funzionali dello stomaco e degli intestini, con l'aumento fisiologico del peso e del volume del corpo, col progresso di nuove funzioni, col modificarsi tumultuoso di alcuni atti fisiologici, che a tutta prima potrebbero essere ritenuti come manifestazioni patologiche, ma che pure tali non sono.

Costituisce l'insieme del terzo gruppo tutto quanto può e deve ricercarsi circa la salute dell'animale lattifero; sulla sua età; sull'epoca della figliatura; sull'alimentazione; sull'igiene della stalla, della nettezza, della mungitura ecc.

E finalmente, costituisce la inappuntabilità del metodo, l'uso di uno strumento da potersi sostituire alla mammella, il quale *non creando difficoltà al lattante, per la suzione, lasci inalterate le buone qualità del latte*, già ottenute col metodo di sterilizzare, il bambino eseguisca la suzione col *meccanismo* identico, col quale dovrebbe e vorrebbe praticarla dal capezzolo della madre o nutrice.

*
* *

Per la sterilizzazione del latte non spendo parola, perchè noti oramai, da anni, alcuni processi messi in pratica, e tra i quali come ho accennato, splendido, per la semplicità e pei buoni risultati, quello del Soxhlet, che ognuno può, a suo bell'agio, praticare; ottenendo con questo metodo delle bottigliette della capacità di 120-130 grammi di latte, preparato secondo le formule volute, e capace di conservarsi, per alcune settimane, inalterato. Debbo anzi fin d'ora accennare che il mio poppatoio è stato costruito unicamente per adattarsi alle bottiglie del latte, sterilizzato secondo il metodo del Soxhlet.

Quanto alla distribuzione del latte io ritengo che, praticando l'allattamento artificiale fino dalla nascita, questo debba somministrarsi—ogni due ore durante i primi 20 giorni di età—ogni tre ore successivamente fino ai 50 giorni di età—ed ogni quattro ore da quest'epoca in poi—aumentando la dose a mano a mano che il bambino va progredendo nell'età; modificando pari passo la miscela, e sostituendo il brodo all'acqua verso il 5° mese di età, e ciò, forse, con una leggiera variante da quanto esposi nel mio trattatello sull'igiene del bambino, essendomi persuaso di questa verità dietro gli esperimenti successivamente praticati, e dei quali terrò, fra breve, parola.

La temperatura del liquido alimentare merita, pure, rigorosa osservazione: come, del pari, massima cura e sollecitudine deve aversi per la freschezza, purezza ed integrità del latte.

L'età del bambino, e tutto quanto si riferisce al suo stato di salute, deve essere attentamente vigilato dalla madre e dal medico, avendosi sempre di mira che non si turbi quel complesso di atti fisiologici, che nella loro armonia, costituiscono appunto la salute del lattante.

Le condizioni di salute e di opportunità dell'animale lattifero, che presso noi suole essere la mucca, debbono essere giudicate da esperto veterinario, e assicurate dalla onestà del tenutario dell'animale medesimo, sia per le osservanze igieniche, sia per la tecnica della manipolazione del latte.

*
* *

Questo in termini generali quanto ho reputato opportuno dovere riepilogare sull' allattamento artificiale, e sulle particolarità del quale argomento non sto a diffondermi, avendo già in parte esposto quanto è necessario, in altri miei scritti.

Per quanto, però, sia stato tenuto conto dei precetti comunemente raccomandati per la buona riuscita dell'allattamento artifi-

ciale, pure non rare volte ad alcuno è accaduto notare che i risultati sono stati poco soddisfacenti: la statistica ci mostra questa inesorabile verità con le sue cifre.

Io attribuisco tal fatto a due cause principalissime, e cioè *alla troppo frequente somministrazione del latte*, *e al meccanismo troppo complicato, o troppo imperfetto del poppatoio*, astrazione fatta da tutti gli altri precetti, di cui ho tenuto parola, i quali ritengo non sufficienti, se ad essi non vadano unite le due condizioni derivanti da queste due principali cause.

Quanto alla frequenza della somministrazione del latte, io credo non doversi porgere il poppatoio che ogni quattro ore al di là dei due mesi di età; periodo di tempo, questo, necessario per la completa digestione stomacale della quantità di latte, capace ad essere ingerito nelle successive età del lattante, e pel riposo necessario allo stomaco.

Questa mia opinione ho voluto convalidare con osservazioni praticate con due metodi diversi, sopra un numero sufficiente di lattanti. Nel primo caso mi sono valso, con molto profitto, della percussione ascoltata secondo il metodo del Dott. A. Bianchi, con la quale esattamente limitandosi il volume dello stomaco, il livello del suo contenuto, ed i cambiamenti di forma, posizione e volume di esso a diversi momenti della digestione, ho trovato che, nei bambini sani, il contenuto stomacale poteva ritenersi completamente esaurito oltre le tre ore dopo la somministrazione di quella quantità di latte destinata, come quota alimentare, alle diverse età. Nel secondo caso ho utilizzato il metodo della lavanda gastrica, adottata come cura nei lattanti ammalati di gastrite, allorchè erano in piena convalescenza. Seguitando a praticare, in questi, la lavanda dello stomaco, per qualche tempo, anche a guarigione completa, onde prevenire le recidive, ho sempre riscontrato che il liquido riusciva limpido dallo stomaco ogni volta che praticava la operazione in prossimità di una nuova poppata, ossia circa quattro ore dopo l'ultima somministrazione del latte. Se, però, per qualche circostanza, per esigenza di servizio od altro, io praticava, in questi bambini, la lavanda dopo tre ore dacchè avevano preso latte, il liquido estratto conteneva ancora qualche residuo di latte; e questi residui erano ancora più copiosi, se la terza ora non era ancora compiuta.

Tali risultati non subendo modificazioni col progredire dell'età del lattante, perchè con esso aumentando la capacità dello stomaco aumenta pari passo la quantità del latte ingerito, e contemporaneamente la potenza digestiva, mi hanno fatto ritenere indispensabile doversi rigorosamente osservare il precetto fondamentale delle quattro ore di distanza, tra una somministrazione

di latte e la successiva; ciò che, non essendo osservato scrupolosamente, fa sì che i residui del latte, contenuti nello stomaco, alterino il nuovo latte ingerito, turbino i processi fisiologici della digestione stomacale, e producano di conseguenza, coll'andare del tempo, la dispepsia, le ribelli gastro-enteriti e la conseguente atrepsia, che tanto spaventosamente primeggia tra le cause di morte dei bambini allevati col poppatoio.

Siccome, poi, verso il 6°-7° mese di età, la capacità dello stomaco del bambino si avvicina ai 250 grammi, e le potenze digestive hanno un certo rapporto con la superficie digerente dello stomaco, e vanno sempre più completandosi, ne viene di conseguenza che a quella età, oltre il latte, può unirsi la somministrazione di altre sostanze adatte, le quali troveranno capacità di recezione e di digestione: di qui appunto la ragione, per la quale a questa età e non prima, si deve raccomandare di interrompere la monotonia dell'allattamento unico, e cominciare l'allattamento misto.

Quanto alla imperfezione degli strumenti, in grande quantità proposti per l'allattamento artificiale, mi sia concesso affermare che tutti, più o meno, peccano di esattezza nel raggiungere lo scopo.

Data infatti la preferenza al latte sterilizzato col metodo reputato migliore, sia che questo venga travasato, come ho veduto praticarsi da alcuno, in uno dei tanti poppatoi che si trovano in commercio; sia che, tolto il turacciolo alla bottiglia, si innesti ad essa il tubo di un poppatojo qualunque; sia infine che, alla bottiglia stessa cui è stato tolto il turacciolo di gomma, si innesti un lungo e grosso capezzolo di caoutchouch, come comunemente suol praticarsi per l'allattamento alla Soxhlet; in ogni caso, il latte mantenuto purissimo fino a questo momento, si pone a contatto con oggetti non sterilizzati, con una grande quantità di aria sempre inquinata di microrganismi, tra i quali alcuni immedesimandosi al latte possono rimanere racchiusi in un coagulo del latte stesso, e trasportarsi fino negli intestini, colonizzando forse nel coagulo stesso, e rendendosi così patogeni di alcune delle malattie intestinali. Oppure questo latte, per lo innanzi purissimo, cessa di esser tale per il contatto col collo esterno della bottiglia, o per dover traversare una serie di tubi uniti tra loro ad incastro reciproco; nei quali incastri rimanendo facilmente dei minimi residui del latte precedentemente usato, questi possono alterare le buone qualità del nuovo latte, o introdotti nello stomaco, passare indigeriti nel tubo intestinale, determinandovi processi patologici speciali, molteplici.

Oltre questi inconvenienti, se il poppatoio è completamente

chiuso, tranne il foro per il quale deve uscire il latte, come nel caso del grande capezzolo innestato al collo della bottiglia Soxhlet, il bambino dovrà modificare il meccanismo della suzione, aspirando fortemente da prima, e lasciando poi l'aspirazione, onde la pressione atmosferica esterna vada a riequilibrare la pressione interna della bottiglia, diminuita per il latte estratto.

Ciò porta, evidentemente, a due inconvenienti molto gravi: il primo consistente in ciò che il latte, con fatica aspirato, potrà per la contro aspirazione che produce il vuoto della bottiglia, essere ricacciato nell'interno, dopo avere spazzato la bocca del bambino, e caricatasi, così, di detriti epiteliali, di spore, e di molti altri microrganismi, che inquinano sempre la purezza del latte in grado maggiore che con la suzione normale : il secondo consistente nel turbato meccanismo della suzione, per il quale il bambino fatica del doppio, perde una quantità di latte che refluisce dagli angoli della bocca, è costretto ad una specie di masticazione del capezzolo, e stancandosi per la fatica esagerata, in rapporto alle sue potenze, cessa di poppare primachè abbia consumato la sua quota di latte. È su ciò, appunto, che insisto, avendo avuto di mira, nel costruire questo mio poppatoio, le ragioni su esposte, e quest'ultima in modo speciale.

Avendo assistito per molto tempo al modo, col quale poppano i bambini con questo capezzolo, ho dovuto convincermi che il meccanismo molto semplice a prima vista, diventa molto complicato all'atto pratico, dovendo il bambino studiare il modo di riparare all'inconveniente del disquilibrio atmosferico, e riparare a questo con grave fatica e non indifferente scapito del metodo.

Per evitare tali inconvenienti, mi sono proposto di far costruire un poppatojo, il quale potesse applicarsi alle bottigliette del latte sterilizzato col metodo Soxhlet, senzachè dovesse togliersi il turacciolo di gomma, che adoprasi per la chiusura ermetica di queste, e che lasciasse penetrare, filtrandosi, l'aria dell'ambiente nella bottiglia, onde il latte si mantenesse puro, e il meccanismo della suzione non fosse minimamente turbato, per le ragioni di cui sopra ho fatto cenno.

Questo mio poppatojo, composto di un tubo metallico lungo circa 20 centimetri, a superficie interna ed esterna levigata; senza alcun angolo nè innesto: è di un calibro uguale al caviglio di vetro che sta infitto nel turacciolo di gomma delle bottiglie del Soxhlet. Questo tubo è leggermente ricurvo alla sua estremità superiore, e meno ancora alla inferiore, onde il capezzolo prenda la direzione quasi orizzontale, e la punta inferiore peschi nell'angolo del fondo della bottiglia, e tutto il latte venga così estratto. Una estremità leggermente conica, per la facile introduzione, è ta-

gliata a becco di flauto, e scende nel fondo della bottiglia traversando il pertugio centrale del turacciolo di gomma, dal quale è stato estratto il caviglio di vetro che tiene forzato il turacciolo contro le pareti interne del collo della bottiglia. L'estrazione di questo e l' introduzione del tubo del poppatojo non permettono quasi all'aria di penetrare nella bottiglia perchè, per la elasticità della gomma, il pertugio centrale si chiude quasi in corrispondenza al punto di presa.

L'altra estremità, che porta un ingrossamento per trattenere un capezzolo, può anche farsi terminare con un ingrossamento esterno che ripeta la forma dei comuni capezzoli di caoutchouch, risparmiando così, l'aggiunta del capezzolo di gomma, e potendosi semplicizzare ancor più, se ad alcuno piacesse, il mio poppatoio. Questa modificazione non la troverei inopportuna, ricordando di aver veduto alcuni poppatoi, il capezzolo dei quali, era di legno o di vulcanite.

Un secondo piccolo tubetto, saldato in una scanalatura del primo, verso il terzo superiore di questo, fa corpo col tubo lungo, senza alterarne la forma circolare ed il calibro. La estremità inferiore di questo secondo tubetto termina, aperta e tagliata a smangiatura per evitare ogni attrito, al punto corrispondente all'estremità inferiore del turacciolo di gomma o poco più sotto, mentre la parte superiore, staccandosi un poco dal tubo lungo, termina slargandosi a forma di ampolletta. L'uno e l'altro così uniti e saldati assieme formano tutto l'istrumento, che per quanto possa sembrare complicato, seguendone questa minuta descrizione, è invece semplicissimo. (*Vedi figura nella tavola annessa*).

Ho dovuto scegliere il metallo per la costruzione, perchè il vetro, che avrei voluto preferire, non si presta per la costruzione e sarebbe poi di una friabilità estrema.

Fra i metalli, poi, devesi prescegliere l'argento o il nikel, perchè inalterabili al contatto del latte.

Un capezzolo di gomma nera o bionda dei comuni, ed un ciuffetto di cotone, completano l'apparecchio.

Il valore di tutto l'apparecchio non è che di circa 5 lire; quindi, ammesso che per un intero allattamento possano occorrerne tre o quattro, detratto il valore reale, la spesa è alla portata di tutti.

Allorchè vuolsi adoprare questo poppatojo, può passarsi sopra una fiammella a spirito, oppure immergerlo nell' acqua bollente; quindi, raffreddato un poco, gli si innesta il capezzolo, si pone un ciuffetto di cotone idrofilo nell' ampolletta del piccolo tubo, (tubo di presa d'aria) e, tolto il caviglio di vetro dal turacciolo di gomma della bottiglietta del latte sterilizzato, si introduce nel pertugio centrale, rimasto così libero, il tubo lungo del poppa-

tojo, procurando che la estremità inferiore vada a toccare un angolo del fondo della bottiglia. In tal guisa l'apertura inferiore del tubetto per la presa dell'aria va ad oltrepassare di poco il limite inferiore del turacciolo, pescando nello spazio vuoto compreso tra questo e il livello superiore del latte, e a questo punto tutto è pronto per la somministrazione del latte.

*
* *

Osservate previamente le norme per la sterilizzazione, per la buona qualità, per la freschezza, la quantità, la miscela, la temperatura del latte ecc. e così montato il mio poppatojo, questo si porge al bambino, il quale colla suzione, a giudicare dalle apparenze, tira il latte come dal capezzolo muliebre, nè prova difficoltà per la deglutizione, perchè tanto latte uscendo dalla bottiglia quanta aria vi penetra per riequilibrare la pressione atmosferica interna, il meccanismo *naturale* della suzione rimane inalterato, ciò che costituisce come accennai, il pregio maggiore che deve possedere un poppatojo, oltre il vantaggio di porgere un latte puro, come uscirebbe dalla mammella.

Il contatto limitato, che in tal guisa ha il latte con l'aria e con la bocca, arreca pure grande vantaggio per l'allattamento artificiale; evitandosi, così, l'inquinamento del latte possibile nei contatti prolungati con la bocca e con l'aria, del resto inevitabili, in proporzioni minori, anche nell'allattamento muliebre.

Una buona condizione, cui deve soddisfare il capezzolo, è che i fori sieno praticati facendo una piccola incisioncella ad angolo; nel qual caso, la linguetta così incisa, fa da valvola all'orificio stesso, e regola il flotto del latte che esce.

Appena compiuta la poppata, l'apparecchio deve smontarsi, e deve ben detergersi con soluzioni antisettiche, conservandosi poi asettico, o sotto una campana di vetro, o in altra guisa, secondo a ciascuno si offra più opportuno un sistema od un altro.

Il capezzolo ed il turacciolo, che debbono preferirsi sempre di gomma nera, o bionda (perchè quella bigia può contenere fino al 20 0|0 di carbonato di piombo, che è solubile e dannoso se ingerito) non potendosi detergere col calore, qualora si adotti questo sistema per il rimanente dell'apparecchio, potranno tenersi in una soluzione di solfito di soda, di borace, o di altra sostanza antisettica; e, tolti da questa, scossi ed asciugati, potranno adoprarsi senza altre precauzioni.

Questi vantaggi adunque, e la semplicità dell'apparecchio, mi hanno indotto a doverlo raccomandare ai colleghi, e in modo speciale ai brefotrofii, ove la necessità dell'allattamento artificiale si impone, sovente, per ragioni a tutti note.

Quanto, per teoria, io poteva sostenere la utilità di esso, ho tentato esporre in questa mia memoria: quanto esso potrà corrispondere all'atto pratico, non posso oggi con cifre sufficienti dimostrarlo, avendolo solo da poche settimane posto in uso in ben pochi casi di allattamento artificiale. Da queste poche osservazioni, però, ho già tratto conferma, per parte mia, a quanto ho sopra accennato, avendo riscontrato che i bambini poppano con avidità, non mostrano ritrosia come con altri poppatoi, eseguiscono la suzione calma, ordinata e non interrotta, tantochè in due o tre minuti vuotano il contenuto della bottiglia, e quel che più soddisfa, è la perfetta digestione fisiologica del latte, e la tranquillità di cui godono tra una poppata e l'altra.

Ripeto che ora non ho che queste poche cifre, molto incomplete per mancanza di osservazioni e di tempo: spero che tra breve, al nostro Brefotrofio, mi sarà offerta opportunità di raccogliere dati sufficienti, per la certezza che ho dei buoni risultati, coi quali potrò, meglio che dall'esercizio privato, formulare una statistica di confronto tra il nuovo metodo e i metodi finora usati dai più distinti pediatri, compreso il metodo alla Soxhlet. Di ciò, a suo tempo, mi farò un dovere di riferire, con esattezza, agli egregi colleghi.

Nota. Questo mio poppatoio ho fatto costruire dal Sig. Bussadori, distinto meccanico della nostra città, e che per la esattezza del lavoro mi ha corrisposto egregiamente. Egli, come costruttore, ne avrà sempre pronti ad ogni richiesta.

SULLA CURA DELLA DIFTERIA CON IL PERCLORURO DI FERRO

Per il Dott. A. ZINNIS

Professore di Pediatria all'Università di Atene.

Avendo letto nella « *Presse médicale parisienne* » parecchi articoli relativi ai soddisfacenti risultati ottenuti dall'uso del percloruro di ferro nella difteria, mi sono creduto nel dovere di pubblicare i risultati da me avuti con lo stesso rimedio nella cura di questa terribile malattia.

Fin dall'anno 1879 ho curato la difteria con l'uso esclusivo del percloruro di ferro liquido allungato con acqua (30 a 60 gocce in 360 grammi di acqua). L'ho impiegato localmente sotto forma di gargarismo nei bambini capaci a gargarizzare, essendo cioè dell'età di cinque a sei anni, e per irrigazioni o polverizzazioni in quelli altri di una età minore. I gargarismi, le irrigazioni o le polverizzazioni debbono essere praticate ogni ora

durante il giorno, ed ogni due ore durante la notte, fino al quinto o sesto giorno, allorquando abitualmente si distaccano in gran parte le false membrane.

Ho continuato questo trattamento topico fino alla completa scomparsa delle placche difteriche, ma ad intervalli più lunghi cioè ogni due ore durante il giorno ed ogni tre ore nel corso della notte. Per cautela poi ho continuato i lavaggi delle fauci per lo elasso di una settimana, ancora dopo la completa scomparsa delle false membrane.

Debbo ora qui manifestare che il successo di questa medicatura dipende intieramente dalla sua scrupolosa applicazione secondo le norme più sopra indicate, ciò che in ogni rincontro ho fatto sempre ben comprendere ai parenti.

Nei rari casi, nei quali l'eliminazione delle false membrane difteriche non è cominciata ad effettuirsi nel secondo o nel terzo giorno, io ne ho affrettato il distacco mediante i toccamenti due volte per giorno con un pennello imbevuto di una forte soluzione di percloruro di ferro (1 ad 8) non trascurando nel medesimo tempo il lavaggio delle fauci.

Dal 1879 finoggi, tanto nella mia clientela privata che nell'Ospizio dei Trovatelli, ho impiegato questa medicatura in un gran numero di bambini da due a sei anni affetti da angina difterica, ed i risultati che ho ottenuto sono stati assai soddisfacenti.

1.° Le mebramne difteriche scomparvero sempre a capo di 8 a 15 giorni ed i nostri piccoli infermi ne rimasero completamente guariti; un sol bambino nel 1888 ha presentato i fenomeni di paralisi del velopendolo quindici giorni dopo la completa scomparsa delle pseudo-membrane dalle fauci.

2.° Non ho mai notato nei miei piccoli infermi la diffusione della difteria al laringe, fatto questo di una grande importanza, poichè, presso noi, la morte nei difterici sopravviene quasi sempre in seguito della diffusione delle false membrane al laringe. Ciò non pertanto, ho constatato in tre piccoli infermi curati dai miei colleghi la propagazione della difterita alla laringe, abbenchè questi ammalati fossero stati sottoposti, secondo il nostro consiglio, alla medicatura summenzionata fin dall'esordio della malattia. Eccone i casi:

Nel dicembre dell'anno 1888 vidi in consulto col mio onorevole collega Dott. Chassiotis due bambini (uno maschio di due anni, l'altro femmina di quattro anni) affetti da angina difterica. Alcuni giorni dopo l'invasione della malattia essi presentarono raucedine ed un leggiero sibilo laringeo, fenomeni che indicavano il cominciamento di una laringite difterica. Questi due bambini guarirono completamente in alcuni giorni con le polverizzazioni al percloruro di

ferro allungato con acqua (60 gocciole di percloruro di ferro in 360 grammi di acqua) praticate ogni ora durante il giorno ed ogni due ore nel corso della notte.

Nel medesimo anno (1888) fui consultato dal mio onorevole collega Dottor Stay (del Pireo) per una bambina di tre anni che, durante il corso della scarlattina, fu affetta da angina difterica con sintomi che indicavano la propagazione delle pseudo-membrane alla laringe. Questa piccola inferma guarì del pari nello elasso di pochi giorni mediante le polverizzazioni col percloruro di ferro.

Da ciò che precede io credo che possano essere dedotte le conclusioni seguenti:

1. Il percloruro di ferro, impiegato fin dallo esordio della malattia con tutte le regole più sopra indicate, fa scomparire le false membrane delle fauci in 8 a 15 giorni ed impedisce molto probabilmente la loro diffusione al laringe.

2. Anche nei casi di difteria laringea incipiente le polverizzazioni con lo stesso medicamento debbono essere sperimentate, stante che tutti gli altri rimedî finora proposti falliscono sempre completamente.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

XIII. Congresso dell'Associazione medica italiana tenuto a Padova nel mese di settembre 1889.

Esposizione sommaria dei lavori trattati nella Sezione pediatrica.

(cont. e fine, vedi pag. 47).

Nella seduta del 26 Sett. il Dott. Cervesato comunicò un breve riassunto di un suo lavoro *sulle infezioni emorragiche dei neonati.* L'O. erasi prefisso di studiare le malattie dei neonati, nè potendolo sufficientemente dal lato clinico, non avendo che di raro l'occasione di accogliere dei neonati sotto la sua osservazione, si limitò pel momento a farlo dal lato anatomo-patologico; ed approfittando dei cadaveri dei neonati inviati dall'istituto esposti alla scuola di anatomia, egli si propose di sezionarli tutti metodicamente, registrando e studiando tutte le alterazioni ch'essi avessero presentate. 45 furono i cadaveri sezionati. I fatti che per frequenza ed entità maggiormente fermarono la sua attenzione furono: 1° la esistenza di numerose ed estese emorragie parenchimali nei vari organi, 2° la esistenza di lesioni nelle mucose del primo tratto dell'apparato digerente, lesioni che dalla semplice iperemia e tumefazione arrivavano alla forma difterica la più spiccata. Già dal ripetersi di questa associazione di fatti, che venne riscontrata in 17 dei 45 cadaverini sezionati, l'O. venne nel sospetto che tra le alterazioni sovraindicate esistesse un nesso di causa ad effetto, il quale, solo a dir vero, poteva dare ragione di quei fatti. Da ciò fu condotto ad una serie di ricerche isto-micologiche, le quali hanno dimostrato: 1° che sulla mucosa delle vie digerenti superiori, di preferenza

nella parte inferiore dell'esofago, esistevano degli ammassi, dei veri banchi di microrganismi, i quali determinata la necrosi completa di tutti gli strati epiteliali della medesima e rotta la barriera epiteliale, si approfondavano e si infiltravano a falangi nel tessuto della mucosa, e che più profondamente sia nel tessuto della mucosa che nel tessuto sottomucoso esistevano altri piccoli ammassi di microrganismi, ma questi evidentemente entro ai vasi sanguigni. 2° che i microrganismi erano costituiti da corpicciuoli sferici, uniformi nel loro volume, del diametro di 1 1/2 ad 1μ, irregolarmente ammassati nei punti più spessi, e dove l'invasione micotica era meno forte, là si vedevano riuniti in corte ed eleganti catenule. 3° che in quasi tutti gli altri organi esisteva un numero maggiore o minore di zaffi micotici endovasali, costituiti da microrganismi perfettamente eguali per forma, grandezza e modo di disposizione a quelli che esistevano ammassati sulla mucosa delle vie digerenti superiori. 4° che negli organi invasi dagli schizomiceti o non esisteva traccia di fatti reattivi, o se esistenti, erano lievissimi. 5° che per lo più alla periferia di trombi micotici si riscontrava bene spesso la presenza di piccoli stravasamenti emorragici, fatti o da corpuscoli ben conservati o da detriti di questi. L'O., nel complesso dei fatti messi in luce dalle necroscopie e dalle ricerche isto-micologiche, trova la conferma di quanto già sulla base del semplice reperto necroscopico avevasi potuto sospettare e cioè di un processo infettivo di natura micotica. Senonchè prima di giungere a tali conclusioni egli si sentì obbligato di risolvere alcune questioni di grande interesse relative alla morfologia dei microrganismi da lui rinvenuti, all'atrio d'ingresso degli stessi, al loro modo di diffusione e di distribuzione dell'organismo, alle lesioni da essi determinate. Conclude dopo ciò che nei neonati havvi una infezione speciale, dipendente dalla invasione di schizomiceti (streptococchi), i quali penetrano attraverso la mucosa delle vie digerenti superiori, (il più di frequente attraverso l'esofago), e raggiunti i vasi, per la via di questi si diffondono dovunque nell'organismo, producendo numerosissimi emboli micotici e necrosi di coagulazione delle pareti vasali, da cui le diffuse e gravi emorragie, dalle quali questa infezione speciale è anatomicamente caratterizzata. L'O. fa quindi seguire alcune considerazioni relative alla provenienza del materiale infettante, e finalmente per quanto riguarda i rapporti delle emorragie dei neonati colla emofilia, colla sifilide, colla sepsi e col morbo di Werlhof, rimanda al suo lavoro, del quale presenta una copia all'Ufficio di presidenza.

Il Dr. Nasi domanda, se fossero nati deboli quelli nei quali è avvenuta l'infezione.

Cervesato risponde ch'egli non ebbe a sua disposizione che dei cadaverini, nè nulla ha mai potuto sapere di quanto fosse avvenuto in vita. Però fa notare che la grande diffusione dei microrganismi riscontrata ne'suoi casi, dev'essere stata favorita da un lato è vero dall'essere essi penetrati probabilmente quasi in massa e dall'essersi quindi rapidamente diffusi, dall'altro però eziandio da una grande diminuzione dell'attività circolatoria, lo che permise ai germi infettanti sospesi nel sangue di soffermarsi in una grande estensione delle reti capillari e di formare contemporaneamente quell'infinito numero di ostruzioni emboliche che ha ritrovate. E sebbene, ripete, nulla sappia di quanto avvenne in vita, pure tale diminuzione dell'attività circolatoria puossi ammettere, tenuto calcolo che il processo morboso in questione si svolse nei primi giorni di vita, in un'epoca quindi in cui la circolazione trovasi sempre imbarazzata non fosse altro per le modificazioni cui va incontro pel fatto del chiudersi delle vie circolatorie fetali e per l'attivarsi più o meno rapido e più o meno completo di una funzione nuova, la respirazione polmonale, imbarazzi che per la più piccola influenza si aggravano e che certamente devono essersi moltiplicati all'insorgere del processo morboso micotico, e ciò tanto più facilmente e più gravemente se il bambino colpito era debole.

Tedeschi appoggia l'ipotesi avanzata dal Cervesato relativamente alla provenienza del materiale infettante.

Bianchi fa qualche obbiezione riguardo all'atrio d'ingresso dei microrganismi e domanda al Cervesato se ammetta che i microrganismi possano penetrare attraverso una mucosa integra.

Cervesato risponde non esservi dubbio che l'elemento che vale a preservare il nostro organismo da molti agenti perniciosi è l'epitelio, il quale, offre una barriera sino ad un certo punto insormontabile alla invasione dei microrganismi. Ma precisamente sino ad un certo punto insormontabile, essendo noto che, benchè di raro, pure positivamente anche quando non sia offesa la continuità dei tessuti in alcuna parte del corpo, e gli scudi epidermici ed epiteliali sieno perfettamente integri, pure può verificarsi un' infezione settica. Cita in proposito le osservazioni del Tommaso Crudeli. Soggiunge poi che tanto maggiormente dovevano tenersi presenti tali possibilità ne' suoi casi trattandosi di neonati, i cui epiteli sono poco resistenti, e nei quali durante i primi giorni di vita si compie un processo di distacco, di sfaldamento negli strati superiori di molte mucose, sopratutto poi della mucosa delle vie digerenti e delle parti genitali, con che viene favorita la penetrazione di germi infettanti.

Fede ritiene che gli epiteli sieno più facilmente attraversabili in certe condizioni morbose.

Sarra cita un caso di emorragie da sifilide ereditaria, accenna perciò all'importanza di escludere questa infezione.

Il Dr. Cervesato fa quindi la dimostrazione di alcuni preparati microscopici relativi ai casi comunicati.

Il Dr. Egidi di Roma presenta e descrive un suo *dilatatore bivalve, permanente della trachea,* il quale offre molti vantaggi in confronto degli altri istrumenti ora in uso, e perchè facilita tanto l'operazione della tracheotomia quanto la cura successiva, ed inoltre perchè semplifica di molto l'apparecchio istrumentale da tracheotomia.

Nella seduta pom. del 26 Sett. il Dr. Ferrari di Pisa riferisce tre sue osservazioni cliniche. La 1ª è relativa ad *un caso di gastro-entero-peritonite purulenta,* che in seguito a spontanea apertura della raccolta purulenta attraverso all'ombelico, ebbe per esito la guarigione. L'O. segnala questo esito p r dimostrare la possibilità della guarigione spontanea, e quindi la non assoluta necessità di ricorrere in ogni caso all'intervento chirurgico. Si conviene però da tutti, primo fra i quali il Dr. Ferrari, relatore, che sarebbe grave imprudenza abbandonarsi in simili casi al decorso spontaneo, data la possibilità di praticare lo svuotamento della raccolta purulenta. Questa possibilità non c'era nel caso da lui comunicato, perchè i genitori della piccola inferma si erano risolutamente opposti a qualsiasi atto operativo.

La 2ª osservazione riguarda *un caso di emoptoe in bambina, seguito da morte.* Il relatore non può descrivere il decorso clinico di questo caso, essendo stato chiamato d'urgenza, quanto già incalzavano gli accidenti emoptoici e la bambina era moribonda, nè tampoco potè eseguire l'autopsia. Tuttavia dall'anamnesi raccolta presso la famiglia, parvegli di poter ammettere la possibilità di una forma tubercolare. Ad ogni modo desiderò riferire il caso, benchè incompleto, in vista della rarità dell'emoptoe nei bambini.

Cervesato accenna ad un caso di emoptoe pure assai copiosa e ripetutamente manifestatasi con minaccia di soffocazione in un bambino di 2 anni, degente tuttora nella sua clinica, affetto da tisi polmonale. Parlando poi dell'emoptoe nei bambini, rileva l'importanza di questo sintoma per la diagnosi dell'echinococco del polmone, appunto perchè assai raro negli altri processi e persino nella stessa tisi tubercolare. Soggiunge poi come per lo più non si possa parlare di vera emoptoe nella pertosse, essendochè in questa malattia il sangue d'ordinario proviene dalla bocca ed è sputato fuori insieme al muco espettorato, od anche semplicemente commisto alla saliva. La lingua che sotto gli accessi di pertosse viene cacciata fuori, viene anche assai facilmente ferita per lo sfregamento della sua superficie inferiore contro l'orlo dei denti, non di rado anzi morsicata, e da ciò la emorragia.

La 3ª osservazione del Dr. Ferrari si riferisce ad *un caso di enfisema generalizzato in seguito a laringite morbillosa,* e questa pure al pari delle precedenti viene accolta con molto interesse da parte dei presenti.

Il Dr. Cervellin di Treviso riferisce quindi alcune *osservazioni sul sangue dei rachitici,* da lui istituite nella clinica pediatrica di Padova. L'O. si propose colle sue ricerche di dimostrare:

1.° se nel caso della rachitide esistano alterazioni del sangue.
2.° se vi sia un rapporto fra queste e la gravezza della malattia.
3.° se l'esame ematologico possa fornire dei dati utili alla pratica clinica.
Le lesioni da lui riscontrate sono: idremia, piccolezza e scarsezza delle emasie, poichilocitosi, leucocitosi, scarsezza di emoglobina. Richiama l'attenzione sopra un reperto non raro ad incontrarsi e che ritiene di qualche importanza, e cioè sulla presenza di globuli nucleati, i quali, comunque si vogliano interpretare, dimostrano sempre il non normale effettuarsi della funzione ematopojetica. Pur ritenendo prematuro il venire a conclusioni definitive, l'O. fa rilevare essere i casi più gravi quelli che presentano le alterazioni maggiori del sangue, ed esservi probabilmente una certa corrispondenza fra le alterazioni del midollo osseo e quello del sangue; coincidere il maggior numero delle emasie nucleate e la leucocitosi colle prime fasi del processo morboso; l'idremia più facilmente e più spiccatamente colle fasi ultime.

Dietro proposta dei Sig[ri] Dott. Nasi e Dott. Concetti viene da ultimo approvato un ordine del giorno esprimente il voto, che tutti i presenti, resi edotti delle pratiche già fatte da alcuni colleghi per la costituzione di una Societa italiana di pediatria, vogliano sin d'ora farvi atto d'adesione, incaricando gli stessi colleghi di redigere frattanto un progetto di statuto, che verrà comunicato nel prossimo Congresso di pediatria.

Copasso F. — **Della polmonite crupale dei bambini e della sua cura.**
Torino, 18·9.

Secondo il Dott. Copasso, il periodo della vita, nel quale più facilmente i bambini vengono colpiti da questa malattia, è compreso fra la prima settimana ed i sette anni di età. Le diatesi congenite, compresa la sifilide, poca predisposizione vi esercitano. Vi vanno in ispecial modo predisposti quei bambini il torace dei quali non si trova sviluppato in proporzione delle altre parti del loro corpo.

I sintomi vanno distinti in quelli ricavati dall'esame esterno dell'ammalato e in quelli speciali della malattia che sono il risultato dell'esame statico. Fra i primi va ricordato l'eritema cutaneo localizzato al tronco, manifestantesi più nelle polmoniti gravi che nelle leggiere e dipendente dall'impedito deflusso del sangue da tutte le parti del corpo verso la cavità toracica. Questo pure è la causa esclusiva dell'albuminuria, della congestione del fegato, della milza e del cervello, nel quale la mollezza del tessuto non può opporre nessuna resistenza alla dilatazione dei suoi vasi capillari.

Come reperto anatomo-patologico della cosidetta *encefalo-pulmonite*, l'autore ha trovato sempre il processo morboso pneumonico assai limitato, per lo più all'apice sinistro, ed un semplice edema della pia madre. L'autore crede che la polmonite crupale invade più spesso le regioni posteriori che le laterali e le inferiori, e per lo più lascia come reliquati 1) la debolezza cardiaca, 2) ed il sospeso e rallentato ritorno delle vescicole polmonali alla forma e volume primitivo. La caseificazione e la tubercolizzazione dell'essudato ed anche l'indurimento, la suppurazione e la cangrena sono rarissime prima dei sette anni.

Oltre la reumatica, l'autore ammette anche l'origine infettiva della polmonite crupale. Proscrive l'uso del salasso nei primi anni di vita perchè lo ha trovato sempre dannoso, qualche sanguisuga però nei punti più dolorosi del torace può essere commentata. Crede invece utili gli eccitanti del sistema nervoso e del cuore (vino generoso e china) e gli espettoranti (poligala a preferenza della ipecacuana). G. Somma.

GUELMI A. — **L'antifebbrina e gli antitermici in alcune malattie dell'infanzia.** Pavia, 1889.

L'antifebbrina è dotata di azione antitermica pronta ed energica e costituisce un farmaco perfettamente innocuo ai bambini. È di facile somministrazione e dà i medesimi effetti dell'antipirina a dosi molto minori: 25 centig. della prima corrispondono ad un grammo della seconda.

A dose conveniente abbassa la temperatura di uno, due ed anche di tre gradi, al massimo dopo un' ora della sua somministrazione, facendo rialzare il calore in modo lento ed insensibile, a differenza degli altri antitermici. Abbassandosi la temperatura, l' infermo risente la sensazione del benessere per l'azione calmante che ha il farmaco sul sistema nervoso.

Poche volte dal suo uso l'autore ebbe a deplorare il sudore, ma l' adinamia neppure una volta. Sono preferibili le dosi elevate, ma somministrate a lunghi intervalli. Dopo parecchi giorni di uso fa d' uopo aumentarne la dose.

È utile che il farmaco venga amministrato in modo da non ridurre mai la temperatura allo stato normale, e peggio poi al di sotto; e dopo una data dose, le successive saranno propinate solamente quando la temperatura oscilla intorno i 39 del centigr.

L'antifebbrina rallenta pure i battiti del cuore e del polso, non sempre però in proporzione dell'abbassamento della temperatura, mentre la respirazione non subisce rilevanti modifiche.

Può essere amministrata per la via gastrica, per clistere e per via ipodermica; preferibile per l'autore la via dello stomaco perchè ben tollerata anche nei casi di vomito. G. SOMMA.

TEDESCHI V. — **La Rachite.** Trieste, 1889.

Persistendo nella opinione già emessa in altri precedenti lavori che *l'affezione ossea nel rachitismo non sia che l' espressione di alterazioni di certi centri del sistema nervoso*, l'autore fa uno studio comparativo fra 174 casi di rachite trattati con la galvanizzazione del midollo spinale e 49 casi curati col fosforo secondo il metodo di KASSOWITZ, traendone le conclusioni seguenti: 1) il fosforo non è di facile tolleranza; 2) non è accertato l'effetto della rapida ossificazione delle ossa del cranio. Osservandosi talvolta la rapida chiusura della fontanella, a questo fenomeno è da attribuirsi grande valore quando corrispondentemente e contemporaneamente non si riscontra il miglioramento nelle altre lesioni ossee; 3) è innegabile l'effetto favorevole del fosforo quando viene tollerato, esso però si riferisce più alle condizioni generali dell' infermo ed a quelle speciali del sistema nervoso, anzichè a quelle delle ossa; 4) nei rachitici trattati con la elettro-terapia dopo 2 a 4 sedute cessano o diminuiscono sensibilmente i sudori profusi durante il sonno, e l'insonnia; 5) nella maggioranza dei casi cessa subito il laringospasmo, mentre nella minoranza cessa più tardi; 6) contemporaneamente, o poco dopo, si dileguano i dolori ossei.

Non potrebbe dirsi ancora con tranquillità che la tumefazione delle epifisi diminuisca sotto l'uso della elettricità, galvanizzando cioè il midollo spinale. G. SOMMA.

CERVESATO D. — **Dell'echinococco nell età infantile.** Padova, 1889.

Con questo lavoro l'autore si è proposto lo scopo di compilare una rivista completa delle svariate localizzazioni dell'echinococco nell'età infan-

tile, riportando per extenso tutti i singoli casi di cisti da echinococco riferibili all'età bambina finora registrati nella medica letteratura. Riporta quindi la casuistica degli echinococchi del fegato, del cervello, delle meningi, dei polmoni, delle pleure, della milza, del cuore, dei reni, del peritoneo, non che dell'orbita, dei muscoli addominali e dell'osso sfenoide come rarissime ed isolate localizzazioni nei bambini.

Per ciascuna sede d'impianto, l'autore descrive la forma nosografica, i segni semeiologici, i criterii diagnostici ed i caratteri differenziali con le molteplici altre forme morbose con cui l'affezione, di cui si occupa, potrebbe confondersi.

Ad arricchire la casuistica degli echinococchi nell'infanzia, additando ai pediatri un'altra sede di localizzazione dell'affezione, l'autore riporta una importantissima osservazione personale di echinococco dello speco vertebrale che egli ebbe la fortuna di riscontrare in un bambino di dieci anni accolto nell'Ospedale Civile di Padova il giorno 8 dicembre 1888.

Nell'infermuccio esistevano contemporaneamente due idatidi, una nel canale rachidiano, l'altro nel fegato; di esse la prima apparteneva alla famiglia degli *acefalocisti*, la seconda a quella dei *cefalocisti*. La 1.ª fu qualificata per un'*echinococco exogene* per la formazione allo esterno di cisti figlie, mentre la 2.ª fu ritenuta per *un'echinococco semplice*, lo che dimostra non solo la probabilità della comparsa dell'echinococco exogeno nel bambino e della sua localizzazione nel canale vertebrale, ma eziandio che nello stesso organismo e nel medesimo tempo possono coesistere echinococchi appartenenti a famiglie differenti e a differenti specie.

I fenomeni avuti in vita furono prima dolori nevralgici ai fianchi e ventre e poi anche agli arti inferiori, rigidezza dei movimenti nella deambulazione e dorso incurvato allo innanzi. Dopo circa un anno si ebbe paresi dell'arto inferiore sinistro e due giorni dopo anche del destro, e poi dopo 3 giorni, paraplegia completa, paralisi della vescica e del retto, escara di decubito alla regione sacrale. Rari accessi febbrili, qualche dolore alla regione epatica. All'autopsia si riscontrò una cisti del diametro di 5 per 2 cent. posta al lato destro fra la dura madre e la superficie interna della ottava, nona e decima vertebra dorsale; midollo spinale compresso e spostato verso sinistra, meningi aderenti, scarso essudato fibrinoso sulla dura madre, midolla ridotta ad un'esile cordone di sostanza bianca. Nella superficie superiore del lobo destro del fegato esisteva una seconda cisti di echinococco, grande quanto un'uovo di gallina. L'esame microscopico del liquido contenuto nella cisti confermò ampiamente la diagnosi.

G. Somma.

Pavor nocturnus nei bambini.

Il dott. G. L. Ullmann riferisce due tipici casi di pavor nocturnus nei bambini, e coglie quest'occasione per riformare sempre più il concetto, accampato già da anni da eminenti pediatri, che in questi casi deve esservi qualche disturbo manifesto o latente, che produce tali accessi che atterriscono oltremodo il bambino ed i genitori. Spesso la causa è occulta, perchè il bambino presenta un lodevole stato di salute; ed è accaduto qualche volta che il medico, malgrado il più accurato esame fisico, non riesce a scovrire alcun dissesto patologico al quale avesse potuto riferirsi per spiegare il *pavor nocturnus*. Potrebbe darsi che in qualcuno di questi casi trattasi di stati neuropatologici ereditarii, i quali inaugurano la loro manifestazione clinica col *pavor nocturnus*. Altre volte trattasi di esagerato lavoro mentale in bambini che hanno il sistema ner-

voso molto irritabile che sono molto impressionabili. Basta che tali bambini abbiano una leggiera indigestione, una piccola febbre ecc., perchè si verifichino accessi di *pavor nocturnus*. In altri casi il momento etiologico deve essere ricercato nella presenza di vermi intestinali, p. es. lombici, oppure nei disturbi gastro-enterici. nella dentizione, in qualche alterazione nervosa evidente, nei disturbi urinarii. In quanto alla *cura* è a raccomandare di diminuire al maggior grado possibile il lavoro mentale, specialmente se trattasi di bambini molto impressionabili. L'autore afferma che il trattamento deve essere *medicamentoso* e *morale*.

Per medicamenti si farà uso dei calmanti e si potranno p. es. sperimentare i bromuri di ammonio, sodio e potassio, il valerianato di ammonio (che può essere addizionato con qualche goccia di menta piperita). Anche l'assafetida sarebbe un buon rimedio. Va da sè, che se vi sono disturbi gastro-enterici, urinarii, della dentizione, bisognerà combatterli accuratamente, perchè sono essi che sostengono allora gli accessi di *pavor nocturnus*. Il trattamento *morale* viene fatto con delicatezza e garbo, e si farà di tutto per evitare che il bambino riceva scosse, le quali possano agitare il sistema nervoso. La « buona nutrizione » ed il « tempo » sono utili coadiuvanti della cura, giacchè spesso si nota che col tempo, cioè quando questi infermi divengono adulti, cessano completamente gli accessi di *pavor*. (*Albany Medical Annals*). V. MEYER.

Risultati dati in un anno dall'acetanilide nella pratica pediatrica.

Il dottor I. N. LOVE ha per un anno adoperato l'acetanilide in parecchie malattie dei bambini: nella scarlattina, nel morbillo, nelle febbri congestive (per lo più di origine malarica ed accompagnate da convulsioni), nella pertosse, nelle convulsioni, nella corea, ed i risultati ottenuti sono stati tanto incoraggianti, da riassumerli in un articolo, nel quale, pur guardandosi di dare la stura ad un entusiasmo lirico, dice che l'acetanilide è uno dei migliori mezzi che oggi si possiede nella terapia pediatrica contro svariate affezioni che colpiscono i bambini; e che se in alcuni casi di queste malattie essa non diede quei risultati che il medico s'impromettevà, ciò dipende dal perchè non fu usata con tutte quelle *razionali precauzioni* che il medicamento richiede. Basta dire per es. che egli crede di aver trovato nell'acetanilide il mezzo migliore e più sicuro per *troncare* e *prevenire* le convulsioni dei bambini. Ed a sostegno di quanto afferma sul proposito, cita la relazione del dott. H. MOYER di Londra, il quale riferisce di avere ottenuto nell'epilessia favorevoli risultati dall'acetanilide, alla dose di cinque granelli, tre volte al giorno. Nella pertosse alla dose di due a cinque granelli ogni due o quattr'ore (secondo l'età del bambino) e regolando bene il regime alimentare ecc., avrebbe conseguito successi dei più incoraggianti.

Secondo l'aut. l'acetanilide merita di essere preferita all'antipirina come analgesico, sedativo ed antipiretico. L'effetto sarebbe più sicuro e la depressione non sarebbe molto grande. La *cianosi* che talvolta si manifesta non è affatto un fenomeno allarmante, e l'aut. assicura che essa si dilegua ben presto. Quando viene adoperata come antipiretico, non è necessario di amministrarla a dosi alte. È più opportuno propinarla a *dosi piccole e spesso*.

Nella pertosse, se non è uno specifico per fare abortire la malattia, riuscirebbe oltremodo giovevole per mitigare potentemente i sintomi.

In complesso tutto dipenderebbe dall'assennato giudizio e dall'acume del pediatra. Se questi sa propinare il rimedio a tempo, in giuste dosi,

e regolarsi secondo la malattia, l'età e lo stato delle forze degl'infermi, l'acetanilide darebbe risultati lodevoli, e talvolta addirittura eccellentissimi. (*The Archives of Pediatrics*). V. MEYER.

Carcinoma del mediastino nei bambini. Relazione di casi propri e di altri autori: in tutto 67 casi di affezioni mediastiniche.

L'autore, il dott. WILLIAM A. EDWARDS, dopo aver descritto alcuni casi di sarcoma e carcinoma mediastinici, di mediastinite semplice (non suppurativa), e quella suppurativa, di linfomi e linfoadenomi, e di cisti idatidea (echinococco) mediastinica, perviene, rispettivamente alla frequenza di queste affezioni, alle seguenti conclusioni:

1) Fra tutti i processi morbosi rinvenuti nelle cavità mediastiniche, il più frequente di tutti è il sarcoma.

2) L'altro neoplasma, che viene immediatamente dopo per ordine di frequenza, è il carcinoma. Negli adulti si riscontra proprio l' opposto, cioè che il carcinoma mediastinico è più frequente del sarcoma omonimo.

3) In terza linea viene per ordine di frequenza l'ascesso.

4) Il mediastino anteriore viene affetto con maggiore frequenza del mediastino posteriore e del mediastino medio.

5) I linfomi ed i linfadenomi vengono per frequenza dopo gli ascessi.

6) I bambini di sesso maschile dànno un contingente di mediastinopatie superiore a quello dei bambini di sesso feminile.

7) Il cancro ed il sarcoma del mediastino hanno un esito assolutamente letale.

8) Dei casi di ascesso del mediastino guariscono il trentatre per cento. Nella statistica di HARE (nella quale vi sono bambini, adulti, e vecchi) la proporzione percentuale di guarigioni ascende a circa il 40 0[0.
(*The Archives of Pediatrics*). V. MEYER.

Il Salol nei disturbi gastro-intestinali dei bambini.

Il dottor WALTER LESTER CARR esprime il convincimento che nel trattamento dei disturbi gastro-intestinali dei bambini bisogna assolutamente tener conto delle recenti ricerche batteriologiche le quali hanno dimostrato l'origine batterica di non pochi di questi disturbi. Quindi necessità indeclinabile di ricorrere ai migliori antisettici che oggi possediamo. Di questi l'aut. ha adoperato pure il *salol* (che in Germania NENKI ci ha fatto non guari conoscere), e che non è altro se non il *salicilato di fenol*. È una polvere bianca, di odore aromatica, insolubile in acqua, solubile in alcool, poco solubile in tutti i liquidi organici, di reazione alcalina. Si ottiene sostituendo un atomo d'idrogeno dell'acido salicilico col radicale fenile. TATE (*Pharmaceutical Record*, Marz. 15, 1887, pag. 86) crede che il salol che si vende in commercio contenga il trentasei per cento di fenile.

Amministrato per la bocca, il salol non subisce alcuna modificazione pria che pervenga nel tenue, dove viene sdoppiato in acido salicilico e solfo-fenolo, che vengono eliminati coll'urina.

« Questo sdoppiamento che subisce il salol nell' intestino ci spiegherebbe il suo valore come antisettico nelle affezioni intestinali » (*Terapeutic Gazette*, 1887).

L'autore, in vista delle opinioni discrepanti ancora esistenti fra i pediatri circa il valore terapeutico di questo mezzo, l'ha ultimamente adoperato in gran numero di infermi; e, studiandone accuratamente l'azione, ha potuto ridurre al loro giusto valore gli esagerati osanna e le troppo

acerbe critiche. Secondo lui, il salol non realizza quell'antisettico ideale, del quale la moderna terapia va ancora in cerca, nè è una panacea contro tutti i processi patologici micotici dell'apparato digerente. Nella dissenteria, per es., e nella grave colite esso spiega un'azione molto meschina contro il tenesmo, nè fa cessare le scariche ventrali sanguinolenti. Renderebbe, però, buoni servigi nel primo stadio della gastro-enterite acuta dei bambini nonchè nelle forme piuttosto croniche di entero-colite, accompagnate da dejezioni fetide, di aspetto mucoso.

Tutto sommato un discreto antisettico, che in alcuni casi può rendere buoni servigi. « Ma da ciò al proclamarlo, come taluni fanno, un antisettico ideale ci corre un bel tratto ». (*The Archives of Pediatrics*).

V. Meyer.

Sul diabete mellito nei bambini.

L'autore, Dottor Curt Stern, incomincia dal far rilevare che la letteratura pediatrica sul diabete mellito è ancora abbastanza scarsa. Consultandola accuratamente, egli ha trovato registrato in complesso 117 casi, dei quali 75 sono stati pubblicati dopo il 1876. Ma, tenendo presente che dei casi di diabete che vengono tuttodì osservati nei bambini, soltanto un piccolo numero ne viene pubblicato, e che oltre la cennata cifra di 117 casi, altri ne sono stati forse riferiti, ma i relativi giornali non gli sono stati accessibili, ne risulta che il diabete nei bambini non è tanto raro come qualcuno crede. Di questi 117 casi, 47 erano di sesso muliebre e 31 di sesso maschile; negli altri non è indicato il sesso. Ad ogni modo, volendo stabilire la proporzione fra le cifre qui segnate, emerge che la frequenza del diabete fra i bambini di sesso feminile e quelli di sesso maschile è come 5 : 3. La statistica di Külz, che è antecedente al 1876, perviene ad un risultato analogo. Questo fatto è tanto più sorprendente, in quanto che è ben risaputo che negli adulti i maschi presentano alla glicosuria un contingente molto più forte delle donne. Quanto all' *età* è a notare che su questi 117 casi, soltanto 6 non avevano ancora raggiunta l'età di un anno quando apparvero fenomeni diabetici. Uno di questi bambini nacque diabetico a quanto pare, perchè la malattia fu constatata già alcuni giorni dopo la nascita. Ma in complesso sembra che il diabete non prediliga nessun anno dell' infanzia, perchè da 1 a 15 anni dànno tutti un contingente su per giù eguale di casi.

Quanto all'*etiologia*, l'eredità sta in prima linea, e proprio è a notare che non solo i bambini di genitori diabetici, ma anche quelli di genitori neuropatici sono *spesso* diabetici. In questi ultimi tempi sono stati registrati nella letteratura anche casi di diabete apparsi in seguito al morbo di Werlkof, al morbillo, alle febbri malariche, alle infreddature, al tifo. È a notare pure che in molti casi è stato osservato che l'eccessivo uso di zuccherini provocò un catarro gastrico, al quale seguì la glicosuria. In fine, sono stati anche riferiti dei casi in cui, in seguito a traumi (specie sul capo), si produsse gradatamente un grave diabete. Il dottor Franque ha comunicato non ha guari il caso occorso in un bambino di 11 anni, il quale, in seguito ad un trauma sulla spalla, fu affetto da afonia, accessi di *chorea magna* e glicosuria, e, per spiegare la comparsa di quest'ultima invoca le ben note ricerche di Claude Bernard, che vide apparire il diabete in seguito a soppressa attività di certe parti del cervello.

Quanto ai *sintomi* con cui il diabete mellito appare nei bambini, essi sono svariatissimi. Il più culminante che l'autore ha trovato menzionato nei 117 casi della statistica da lui raccolta, è l'enorme quantità d'urina che viene segregata. Garnerus vide un poppante diabetico che urinava

20-24 volte al giorno. In generale, la quantità d'urina che viene emessa in 24 ore oscilla fra 1500-4000 grm. VIKTOR in un fanciullo di 15 anni notò che cacciava fino a 5200 grm. di urina al giorno, e MACILVAIN in un bambino di 9 anni vide fino a 27 libbre di urina in 24 ore. È questa la quantità massima di urina che fu espulsa. La minzione è quasi sempre indolente. Il peso specifico è per lo più accresciuto; ma sventuratamente soltanto in 7 casi di questa statistica è indicato con precisione. In alcuni casi insieme allo zucchero fu constatata la presenza dell' albumina. Una volta furono trovate anche tracce di *acetone*, ed in un altro quella sostanza che secondo TOLLENS e DEICMÜLLER sarebbe l' acido *acetoacetico* ($C_4 H_6 O_3$), che colora in rosso di Borgogna l' urina addizionata di percloruro di ferro. La temperatura non presentò che poche volte anomalie. In alcuni casi si notò grave anemia. Qualche volta nel corso della malattia o poco prima della morte apparvero eczemi, furuncoli ed ascessi, la carie dei denti, l' erpete labiale, la psoriasi linguale, la scrofolosi. Fra gli organi dei sensi quello che più di frequente viene attaccato nel diabete dei bambini è l'occhio, e non di rado sono state osservate tanto la *cateratta diabetica* unilaterale quanto quella bilaterale. Gli organi digerenti vengono impiegati in alto grado (spesso la saliva contiene anch'essa zucchero); le funzioni intestinali non poche volte sono oltremodo alterate. Il cuore ed i vasi non pare che ne scapitino. Non pochi sono i casi in cui furono osservati i piccoli infermi morire nel coma diabetico.

Quanto alle *note anatomiche*, è a notare che su questi 117 casi soltanto 5 volte fu fatta l'autopsia, ed i risultati furono tanto scarsi e differenti che è impossibile poter formulare qualche cosa di preciso sul proposito.

Quanto alla *durata* della malattia, (a partire dal suo inizio fino alla guarigione od all'esito letale), essa varia straordinariamente. Sui 117 casi della statistica in parola è registrata 35 volte. La durata più breve fu di 2 giorni, quella più lunga (finora menzionata nei bambini) di 5 anni. E si noti che in quest' ultimo caso l' infermo, quando uscì dall' ospedale, non era guarito.

Relativamente alla *prognosi*, è a notare che essa è indicata soltanto in 77 casi, nei quali si ebbe quanto segue: 14 volte la guarigione totale, 7 volte un miglioramento, 4 volte nessun miglioramento e 52 volte lo esito letale. Circa la *terapia*, gli autori si accordano nel ritenere che la *dietetica* deve essere l'*asse intorno al quale gira quasi tutta la cura del diabetico*. E soprattutto quando si tratta di curare il diabete dei bambini, non vi ha acume e pazienza sufficienti da parte del pediatra, perchè come si fa a sottoporre queste piccole esistenze ad una rigorosa dieta carnea? E si noti che qualche pediatra l'ha tentata, e neppure n' ebbe risultati incoraggianti. E meno che mai vi è da fare assegnamonto sui medicamenti. Gli alcalini (i carbonati) qualche volta giovano ed altre volte no. Il salicilato di soda in qualche caso avrebbe dato buoni risultati, altra volta sarebbe stato inefficace. Tutto compreso: la terapia del diabete dei bambini è più difficile di quella degli adulti (*Archiv für Kinderheilkunde*).

V. MEYER.

Due casi di sarcoma primitivo della vagina nelle bambine.

La scarsissima letteratura dei neoplasmi sarcomatosi della vagina nelle bambine viene accresciuta dal Dottor FRICK con la relazione di due notevoli casi. Di essi il primo fu riscontrato in una bambina di sette mesi

sotto forma di un tumore polipoide che prendeva inserzione sulla parete destra della vagina e sporgeva dalla vulva. Fu praticata la estirpazione ma il tumore subì la riproduzione due settimane dopo, in guisa tale da non permettere una novella operazione. All' esame microscopico il tumore fornì tutti i caratteri di un sarcoma a cellule rotonde grandi e piccole ed a cellule fusiformi.

Il secondo caso riguardava una bambina di anni due e mezzo, ed il tumore era del pari costituito da un sarcoma polipoide che prendeva inserzione alla superficie posteriore della vagina e sporgeva, come nel primo caso dai genitali esterni. L' operazione fu eseguita dal prof. VOLKMANN, ma il tumore, dopo otto mesi, subì del pari la recidiva che non più si verificò dopo una seconda operazione.

L' autore acclude al suo lavoro una tabella dimostrativa di altri 16 casi da lui raccolti nella letteratura pediatrica, ed opina che in quanto alla prognosi bisogna essere abbastanza riservati e raccomanda in special modo che nella enucleazione del tumore non solamente fa d' uopo asportare il peduncolo del tumore, ma benanche buona parte della parete vaginale circostante, poichè egli ha riscontrato che la infiltrazione si estende più o meno intorno alla inserzione dello stesso peduncolo. (*Lo Sperimentale*).

G. SOMMA.

Caso di rachitismo acuto.

Sotto il nome di rachitismo acuto viene descritta in Inghilterra un'affezione dei neonati che si manifesta con profonda anemia, con profusi sudori, con febbre assai leggiera e con rigonfiamento di tutte le ossa ed edema dei molli tessuti che le ricoprono. In questa malattia le ossa offrono tale grado squisito di sensibilità che l' infermo non può essere toccato, tanto da non fargli muovere gli arti, prendendo la parvenza di una paralisi. È rimarchevole che le articolazioni vicine sono sempre intatte.

A tutti questi sintomi nella maggior parte dei casi vi si aggiunge un gonfiore più o meno intenso ed un colorito emorragico che ricovrono i denti in via di formazione; àvvi ancora alcune volte diarrea ed emorragie mucose e sottocutanee. Per le lesioni abbastanza accentuate di rachitismo offerte da molti di questi bambini, il Dott. MÖLLER, che fu il primo ad osservare questa infermità, la qualificò per *rachitismo acuto*, nome che venne consecutivamente accettato da buona parte degli autori tedeschi che osservarono quest' affezione. CHEADLE però, fu il primo in Inghilterra che sostenne essere la malattia un' accoppiamento di scorbuto e di rachitismo, fondandosi non solamente sull' esame dei sintomi, quanto ancora sui dati forniti dalle autopsie, nelle quali si rinvengono effusioni sanguigne tra l' osso ed il periostio in corrispondenza dei punti malati. E lo stesso REHN, autore del lavoro preso in esame, mostrasi del tutto partigiano di questa opinione, poichè, in un caso tipico di rachitismo acuto, fece una puntura sotto il periostio gonfiato, estraendone sette centimetri cubici di sangue.

Egli, pertanto, viene alla conclusione di attenersi completamente al modo di vedere degli autori inglesi considerando l' affezione come uno scorbuto complicato da rachitismo. (*Archivio di Ortopedia*).

G. SOMMA.

Azione dei nuovi antipiretici nei bambini.

Alla Società di Medicina di Bâle il Prof. HAGENBACH ha presentato i lavoro sull' azione dei nuovi antipiretici nella cura delle malattie febbri e specialmente del tifo, nei bambini. Da 23 anni in quà, epoca dalla qu egli studia con LIEBERMEISTER l' azione dei bagni freddi sul decorso de febbre, le sue idee sono rimaste presso a poco immutate.

I bagni freddi, forse, non abbreviano il decorso della malattia; ma essi hanno una influenza favorevolissima sulla convalescenza. Egli opina pertanto che gli antipiretici devono essere impiegati contemporaneamente ai bagni. Questi inoltre, in contrario di quanto lo si crede in principio, non debbono essere nè troppo frequenti, nè troppo prolungati. Il bagno tiepido, gradualmente raffreddato, è preferibile al bagno freddo.

Fino al 1885 l' aut. ebbe l' abitudine di prescrivere la chinina insieme ai bagni freddi. Fin da tal' epoca però egli ha cominciato a servirsi dell' antipirina e più in là dell' acetanilide e della fenacetina. In quattro anni egli ha avuto 94 casi di tifo curati in tale guisa con due casi di morte. Questo risultato è dei più incoraggianti posto a paragone delle grandi statistiche straniere nelle quali la mortalità del tifo nei bambini varia dal 6 al 12 per 100.

In 33 casi gl' infermi furono trattati con l' antipirina assieme ai bagni. Per un bambino di 2 a 5 anni la dose è di 0,5 ad 1,00 e si aumenta gradualmente da 1,00 a 3,00 per i bambini di anni 12. Il medicamento si amministra preferibilmente la sera ed a piccole dosi. Le remissioni della temperatura sono soddisfacenti. Ciò non pertanto l'autore ha quasi completamente abbandonato l' uso dell' antipirina, a causa della sua azione deleterea sullo stomaco, producendo nausee, perdita dell' appetito e ripugnanza a prendere il medicamento. Invece, i risultati ottenuti con l'acetanilide in 27 casi sono abbastanza migliori. La dose varia da 1 centg. a 2 per un bambino di 3 anni e da uno a 3 per un bambino di 12 anni. La remissione della temperatura si è verificata anche a dosi minime. Amministrata in tenue proporzione è raro che produca i brividi o la cianosi; le nausee costituiscono una eccezione. La fenacetina poi, somministrata alla dose di 0,1 a 0,2 per un bambino di due anni, e di 0,3 a 0,5 gr. per un bambino di 12 anni dà meno buoni risultamenti; le remissioni della temperatura sono soddisfacenti, ma non si effettuano costantemente. Inoltre gl' infermi vengono frequentemente presi da brividi o da cianosi ed in alcuni casi questo medicamento ha provocato una eruzione cutanea abbastanza dispiacevole. È dunque all' acetanilide a cui bisogna ricorrere per la cura del tifo infantile; la sua azione è sicura e non lascia a temere complicazioni dispiacevoli allorquando la si propina a piccole dosi. (*Le Progrès médical*). G. Somma.

Il lavaggio dello stomaco nei bambini.

Il Dott. Siebert, di *New-York*, raccomanda il lavaggio dello stomaco in parecchi disturbi gastro-intestinali dei bambini. Ne riconosce la utilità, specialmente nella dispepsia semplice, nel catarro gastro-intestinale cronico e nel colera infantile. Così pure riesce proficuo nel vomito abituale associato a marcato dimagramento; in tal caso esso agisce rimuovendo i coaguli di latte e gli altri cibi che trovansi in fermentazione. Di 39 casi di colera infantile sottoposti a questo trattamento appena quattro subirono l' esito fatale. Migliori risultati esso ha dato nel catarro intestinale cronico, poichè in questi casi havvi sempre un residuo di alimenti in fermentazione che irrita lo stomaco ed attraversando il piloro irrita pure lo intestino. Vero è che in questi casi l' autore, oltre il lavaggio dello stomaco, ha praticato pure le lavande intestinali. In tal guisa il Liebert ha curato 52 bambini in alcuni dei quali l' affezione era molto innoltrata. Egli fa uso dell'acqua calda, stante che gli antisettici egli ritiene che possano determinare fenomeni tossici per effetto della rapidità con la quale vengono assorbiti. (*La Rivista di Genova*). G. Somma.

Cura della pertosse con le inalazioni di acido fluoridrico.

Il Dott. Hernandez Briz ha trattato tre casi di tosse convulsiva con le inalazioni di acido fluoridrico e con esito soddisfacente. Il primo caso si riferisce ad un bambino di sei anni che presentava più di trenta accessi durante il giorno, di grande intensità ed accompagnati da vomiti frequenti, epistassi, massima irrequietezza e stomatite ulcerosa. Durante gli accessi, alcuni vasellini della mucosa della cavità orale solevano rompersi e dar sangue per la via della bocca. Fu praticata la prima inalazione di acido fluoridrico e nella notte consecutiva l' infermo non venne tanto disturbato dalla tosse; a capo di due giorni fu praticata la seconda, ed appena due accessi di tosse si ebbero a constatare. Due giorni dopo venne il bambino assoggettato alla terza inalazione e l' immegliamento si pronunziò tanto notevole da sorprendere tutti. L' infermuccio non vomitò, nè ebbe più di due o tre accessi spasmodici leggierissimi. Con la 4ª inalazione si pose termine alla cura, restandovi solo un leggiero catarro bronchiale che, con una pozione di bromuro e con balsamo del Tolù, scomparve del tutto in meno di pochi giorni.

Nel secondo caso si trattava di una bambina dell' età di anni 10, per la quale cinque inalazioni, praticate con alcuni giorni d' intervallo, bastarono a fare ottenere la guarigione completa.

Nell' altro caso, bambino di sei anni, in cui l' affezione era in periodo acmastico, il risultato fu egualmente soddisfacente, bastando quattro inalazioni per ottenere la guarigione completa.

A questi casi l' autore aggiunge pure le osservazioni del Dott. Cisneros (che in tre fratelli affetti da pertosse, tre o quattro inalazioni di acido fluoridrico bastarono per ottenere la completa guarigione), e quelle del Dott. Pérez Valdès che con la identica medicatura ottenne sempre eccellenti risultamenti.

L' autore ha fatto sempre uso dell' inalatore atmiatrico Valenzuela, ma ciò non pertanto con ogni inalatore si può raggiungere lo scopo. Bastano per le inalazioni venti grammi di acido fluoridrico per due litri di acqua, rinnovando la miscela ogni 3 giorni. È utile non praticarle quotidianamente, ma in giorni alterni o dopo un'intervallo massimo di cinque giorni.

La tosse, che suole alcune volte rimanere è puramente catarrale, e le complicazioni, che sogliono accompagnare quest' affezione catarrale, verranno combattute con i rimedii ordinarii, ma specie con i tonici e con i ricostituenti. (*Archivos de Med. y Cirug. de los Niños*).

G. Somma.

Sulla cura della spondilite col corsetto Sayre.

In un' accurato lavoro il Dott. Muralt espone i risultamenti ottenuti nell' ospedale dei bambini a Zurigo dal 1876 al 1884 in 38 casi di spondilite con l' impiego esclusivo del corsetto Sayre. Tutti questi casi furono tenuti in osservazione anche dopo la uscita dall'ospedale, e di 29 di essi si ebbero notizie certe. Di questi, 6 sono morti fuori ospedale, in esito alla malattia spinale, più o meno direttamente. Dei 23 rimasti in vita, 20 si possono ritenere come perfettamente guariti e tre hanno invece peggiorato.

In quanto a sede l'affezione in tre casi presentavasi al collo, in 17 al dorso ed in 3 ai lombi. E come cagione della malattia il trauma agì in due casi al collo, quattro al dorso e tre ai lombi. In tre casi con fondata certezza si ebbe formazione di ascesso ed in sette paralisi di grado diverso.

In riguardo all'età degl'infermi, 15 erano fra i 3-8 anni; 8 fra i 9-15; dodici erano maschi ed undici femmine. La durata della cura all'ospedale fu di tre mesi in 6 casi, sei mesi in 4 casi, di nove mesi in 1 caso. Altri 12 casi furono curati nell'Ambulanza.

Durante la cura furono rigorosamente eseguiti i precetti di SAYRE: non si diminuiva mai la fasciatura, e spesso veniva usata la minerva. Però, l'apparecchio gessato di SAYRE non può essere adottato in tutti i casi; nei casi recenti può adoperarsi solo nelle forme leggiere dell'affezione, mentre nei casi gravi nei quali àvvi una grande estensione del processo osseo, atteso la grande dolorabilità ed a causa dei fenomenti spinali, è da preferirsi il riposo orizzontale fino a quanto i cennati fenomeni non vanno a dileguarsi. La cura quindi alla SAYRE non può essere attuata:

1° nei bambini giovanissimi che non possono reggersi in piedi, ed anche in quelli nei quali il bacino ancora molle ed il grosso cuscinetto adiposo non presentano sufficiente punto di appoggio al corsetto;

2° nelle gravi deformità toraciche, con ventre grosso, nelle contratture del cotile, ecc.;

3° nella paralisi completa delle estremità inferiori della vescica e del retto. Anche in tali casi però fa d'uopo fare un tentativo, poichè in alcuni incontri non solo si ottiene un sollievo, ma benanche un rapido miglioramento.

In questi casi eccezionali conviene meglio applicare la corazza di legno di PHELPS od il letto di NÖNCHEN con o senza minerva.

Allorchè la spondilite viene curata dall'inizio, si può arrestare il processo, guarirlo e prevenire la deformità col solo metodo di SAYRE.

Nella maggior parte dei casi citati la cura richiese un anno e mezzo o due e qualche volta anche dippiù; se è continuata sufficientemente possono ottenersi miglioramenti e guarigioni, si tolgono incurvature, o si alleviano le sofferenze.

Nei casi favorevoli l'aut. ottiene spesso un allungamento della curva della colonna vertebrale, non con la forzata distrazione, ma con la distensione graduale della curva complementare al di sopra della curva principale.

Gl'inconvenienti della cura alla SAYRE, l'impedimento alla respirazione, l'atrofia dei muscoli respiratorii, l'impossibilità di una cura della pelle, non bastano per farne dimenticare i grandi vantaggi. (*Archivio di Ortopedia*).

G. SOMMA.

Del bromoformio nella cura della pertosse.

Il bromoformio è un liquido chiaro, limpido, di un odore speciale niente dispiacevole. È solubile nell'alcool, assai poco solubile nell'acqua: applicato sulle mucose, non riesce nè irritante nè tampoco caustico. In quanto alla sua azione fisiologica è stato provato con numerose esperienze che questo prodotto non agisce come tossico sia nei vecchi che negli adulti, nè determina alcuna azione tanto sul polmone che sulla temperatura. La dose giornaliera per i bambini varia tra cinque e venti gocce in 100 o 120 grammi di liquido, amministrando di questa soluzione un cucchiaio da zuppa ogni ora; e poichè il farmaco è poco solubile nell'acqua, fa uopo aggiungere alla detta soluzione un grammo di alcool per ogni [illegible]e o tre gocce di bromoformio.

Ciò posto, il Dottor STEPP ha impiegato questo prodotto alla dose di [illegible] gocce in 70 casi di tosse convulsiva. L'età degl'infermi era da 6 mesi [illegible] 7 anni; solo una bambina aveva 11 anni. In ciascuno di questi bam[illegible]i la durata della malattia è stata di 2, 3 a 4 settimane al massimo.

Assai spesso il numero e l'intensità degli accessi diminuiscono a capo di 5 a 6 giorni di cura, ed in un gran numero di casi la tosse scomparve a capo di 15 giorni. Allorchè la malattia era gravissima ed accompagnata da 30 a 40 accessi di tosse intensissima nel periodo delle 24 ore, l'immegliamento cominciava a rendersi manifesto dopo una cura di 10 a 12 giorni; ma dopo questo periodo di tempo la diminuzione degli accessi subentrava prestamente, e da 30 a 40 al giorno, questi riducevansi appena a 10 per cessare consecutivamente all'intutto nei giorni seguenti.

Stepp insiste sul fatto che, sotto l'influenza di questo trattamento, i fenomeni catarrali dei polmoni erano insignificanti od anche negativi; ed anche nei casi in cui essi esistevano prima dell'attuazione della citata cura, il bromoformio li faceva dileguare rapidamente. Lo stesso va detto per le complicazioni come i catarri discendenti e le pneumoniti lobulari.

Questi brillanti risultamenti si ottennero non solamente nelle tossi convulsive recenti, ma del pari nei casi di pertosse che datavano da qualche tempo. Così, in cinque casi in cui l'esordio della malattia rimontava a due mesi e mezzo ed avverso i quali s'erano impiegati i metodi più svariati di cura, l'autore ottenne la guarigione in dieci giorni, la mercè del bromoformio.

In riguardo al modo con cui agisce il medicamento, l'autore crede che due ipotesi possano essere formulate: 1) o il bromoformio attraversa l'organismo senza essere decomposto ed è esalato dai polmoni; 2) oppure l'organismo decompone questo agente e lo trasforma, in presenza dei prodotti di ossidazione, in bromo libero, che sarà egualmente emesso per le vie del tratto respiratorio. In quest'ultimo caso l'azione del bromoformio sui microrganismi della pertosse diventa più concepibile. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*). G. Somma.

Dell'ascite acuta nei bambini.

In clinica pediatrica si ha alcune volte l'opportunità di riscontrare qualche caso di ascite che si manifesta nei bambini assai bruscamente e spesso in concomitanza di sintomi febbrili, dolori all'addome ed anche vomiturazioni da simulare perfettamente la sindrome fenomenica della peritonite acuta.

Il Dott. Boudat, che ha scritto una pregevole comunicazione sul proposito, opina che quest'ascite si manifesta per lo più in seguito a raffreddamento del corpo traspirante od alla ingestione di bevande fredde. Nelle giovanette mestruanti sopratutto, l'origine brusca del freddo, siccome assicura il Cruveilhier, può cagionare un rapido versamento sieroso nella cavità addominale. Sovente quest'ascite si associa con altre manifestazioni edematose.

E poichè l'ascite, non potendo ritenersi *essenziale*, costituisce sempre un fenomeno che riconosce per la sua produzione una causa dinamica o materiale, così è da ritenersi che parecchi di questi casi debbono essere attribuiti ad una transitoria modificazione del sistema porto-epatico, ed altri appartenere a quelle forme *fruste* del morbo di Bright, come nel caso di Barthez e Rilliet, in cui, dopo un'adeguato impiego del calore e dei diuretici, la guarigione rapida si ottenne contemporaneamente alla comparsa delle orine e dei sudori abbondanti, della diarrea ecc. Così pure, l'ascite acuta febbrile può, nei paesi caldi, manifestarsi come sintoma della infezione palustre e dileguarsi con la febbre dopo l'uso dei sali di chinina. Infine può del pari il detto fenomeno essere in dipendenza della tubercolosi del peritoneo, e l'ascite in tali casi può paragonarsi a quelle pleuriti acute che si estrinsecano sotto l'influenza bacillare.

In riguardo alla prognosi di queste diverse forme di asciti nei bambini, generalmente si può dire che è sempre favorevole. Sia che il versamento sia primitivo o secondario, se ne può ottenere la scomparsa più o meno rapida mercè il riposo, l'esatto regime alimentare ed una cura appropriata, a norma della supposta esistenza delle lesioni di origine viscerale o discrasica. Il calomelano, prescritto alla dose di 10 centg. al giorno in due cartine, rende buoni servigi. L'Autore però, allo scopo di favorire la diminuzione e la scomparsa del versamento, raccomanda la elettricità per sostenere la contrattilità de' muscoli delle pareti addominali, la cui paresi sopravviene rapidamente dopo la formazione del versamento e si associa pure ad una leggiera atrofia, simile a quella che si descrive negli essudati pleurici. (*Il Morgagni*). G. Somma.

Sull'uso della creolina nelle diverse malattie dei neonati e dei lattanti.

Le malattie, nelle quali il Dott. Schwinz ha fatto uso della creolina, sono le seguenti:

Oftalmia purulenta dei neonati.—In dieci casi l'aut. si è spinto a praticare delle irrigazioni con una soluzione di creolina all'1|00. In due infermi solamente, nei quali la blenorrea non era punto intensa, la guarigione fu completa nello elasso di 4 a 6 giorni. Negli altri otto casi il medesimo trattamento continuato anche per 4 a 5 settimane di seguito non dette affatto dei risultati soddisfacenti, tanto da dover ricorrere al metodo di cura abituale (acido borico e nitrato d'argento). Queste irrigazioni erano in generale più dolorose delle stesse instillazioni praticate con una soluzione di nitrato di argento all'1 o 2 per 100.

Mughetto ed afte di Bednar.—In undici di questi casi, che per lungo tempo erano stati trattati, senza risultato apprezzabile, con le soluzioni di clorato di potassa, d'ipermanganato di potassa, d'acido borico, ecc., le irrigazioni della bocca e del faringe praticate per 5 a 7 giorni con una soluzione di creolina all'1|00, bastarono per apportare una guarigione definitiva e completa.

Onfalite dei neonati.—Le unzioni eseguite con la creolina pura fecero sparire ogni traccia di reazione infiammatoria, dopo quattro giorni appena, nei neonati affetti da periflebite ombelicale.

Eresipela dei neonati.—Le frizioni di creolina pura praticate sulle placche eresipelatose dettero risultati dei più incoraggianti senza che si fosse osservato il menomo fenomeno di avvelenamento.

Gastro-enterite acuta.—In cinque casi di gastro-enterite acuta, l'aut. ha somministrata la creolina, servendosi della formola seguente: Creolina—2 a 3 gocce, Acqua di cannella—grammi 80, sciroppo di malva—grammi 20, mib. Da somministrarne un piccolo cucchiaio ogni ora nei bambini piccoli. E, nei più grandicelli: Creolina—0,50 a 1 grammo, Zucchero bianco—grammi 5, mib. e dividi in dieci pacchetti, da somministrarne uno a due per giorno.

Questa medicatura ha dato dei risultati soddisfacentissimi. Difatti, nella maggior parte degl'infermi i sintomi scomparvero a capo di 3 a 6 giorni.

Malattie chirurgiche nei piccoli bambini.—Una soluzione di creolina di 1|2 ad 1 per 100 produce un'asepsi completa delle superficie e delle cavità, senza cagionare, come quando s'impiega l'acido fenico od il sublimato, alcun fenomeno di avvelenamento. (*Wiener med. Presse*).

G. Somma.

BIBLIOGRAFIA

G. Guidi. — La pertosse e le sue vicende scientifiche. Valore ed efficacia di un metodo curativo speciale. — Firenze, 1889.

In questa erudita e completa monografia l'autore si è prefisso lo scopo di stabilire una teoria scientifica unica della pertosse, cui scientificamente ha cercato di modellare una cura razionale che necessariamente avesse corrisposto all'atto pratico.

Ritiene la pertosse per un'affezione locale, capace di generalizzare le sue influenze e di estendere tutto al più la sua sede oltre i l'miti proprii, lungo il decorso delle vie respiratorie. Quest'affezione consisterebbe in una nevrosi dipendente da cause specifiche, nevrosi però dei nervi periferici prodotta in primo luogo da una modificazione quantitativa degli eccitamenti sui rami terminali della mucosa laringea, dovuta all'agente specifico, e trasportata secondariamente ai centri per l'intermediario del nervo stesso, donde poi l'origine riflessa dell'accesso.

In riguardo all'agente specifico dimostra, con fondate ragioni, insufficienti gli studii batteriologici del Letzerich e dello Tschamer, studi che non hanno ancora condotto a stabilire la individualità dell'agente patogeno della pertosse. Non disconosce però essere stato l'Afanasieff lo scopritore del vero bacillo della malattia, di cui egli ne completa lo studio e le diverse fasi biologiche con una serie di rigorosi esperimenti. Per l'autore il microrganismo della pertosse riscontrato negli escreati e nelle successive culture, offre la forma di un bastoncello retto, breve e di una lunghezza che varia da 0,2 a 2,2 m.

Essendo dunque per l'autore tre gli elementi costituenti l'affezione, tre indicazioni terapiche distinte dovranno costituire il metodo curativo razionale, che l'autore praticamente assolve con tre medicamenti, che sono: la chinina, l'antipirina, e la resorcina. Prescrive la resorcina a pennellazioni sulla glottide in soluzione del 3[00 e da praticarsi ogni 3 ore. Somministra poi la chinina e l'antipirina unite assieme, alla dose di 20 centg. di chinina e 24 centg. di antipirina, in 4 dosi per i bambini lattanti, e di 5-6 al giorno nei bambini al di sotto dei quattro anni. La dose di questi farmaci verrà aumentata a norma che il bambino è più inoltrato negli anni.

Dall'attuazione di questo metodo l'autore asserisce di avere ottenuto risultati soddisfacentissimi.

La chiarezza, l'erudizione, e l'ordine serbato ammirevolmente dall'autore nella trama del suo pregevole lavoro, la base scientifica da cui egli ha prese le mosse, il rigore attuato nella esposizione della parte sperimentale del medesimo, costituiscono per questa monografia dei pregi indiscutibili che ne rendono utile lo studio.

A prescindere dalle vedute patogeniche espresse sul proposito dall'autore, e che a noi sembrano delle più concilianti nello stato attuale della scienza, non ci sentiamo autorizzati ad emettere alcun parere sul metodo di cura complesso adottato dall'egregio collega, aspettando che ulteriori e più numerose osservazioni ci dichiarino la eccellenza del medesimo in confronto degl'innumerevoli mezzi finora infruttuosamente sperimentati. G. S.

Cervesato D. — **Contribuzione allo studio delle infezioni emorragiche dei neonati. — Padova, 1889.**

Di questo importantissimo lavoro originale, che fa onore alla Pediatria italiana, ci permettiamo di esporre per sommi capi i concetti più salienti espressi dall'autore, dolentissimi che gli angusti limiti di una rivista bibliografica ci vietino assolutamente di diffonderci *ex professo* sull' ardua questione trattata tanto degnamente dal nostro chiaro collega.

Su quarantacinque autopsie di neonati eseguite dall'autore, ben 17 volte si ebbero a riscontrare due fatti rilevantissimi, cioè: 1) la esistenza di numerose ed estese emorragie parenchimali nei varii organi; 2) la esistenza di lesioni nelle mucose del primo tratto digerente (dalla iperemia alla forma difterica spiccata).

Colpito da questo costante reperto, l'autore istituì su cinque di questi neonati una serie di ricerche istomicologiche che condussero ai risultati seguenti: 1) esistenza di un microrganismo con sede principale sulla mucosa delle prime vie digerenti e nel sistema vascolare; 2) questo microrganismo dev'essere ritenuto come schizomiceto appartenente alle forme granulari; 3) dovunque nei tessuti si trovarono emorragie, là costantemente si rinvennero pure focolai micotici, ciò che, secondo l'autore, porta e conchiudere che questo microrganismo è legato allo sviluppo del processo morboso infettivo.

Ciò posto l'autore opina che l'atrio d'ingresso nell'organismo per questo microrganismo sia la mucosa delle vie digerenti superiori, sulla cui mucosa il parassita, depositato e moltiplicatosi, determina la necrosi di tutti gli strati epiteliali, per cui, rotta questa naturale barriera, esso approfondandosi ed infiltrandosi nel tessuto mucoso e nei vasi, si diffonde nell'organismo. La via dunque tenuta da questi microrganismi per la loro diffusione sarebbe quella dei vasi venosi e possibilmente anche dei vasi linfatici.

Da tutto ciò l'autore arguisce che *havvi nei neonati una infezione speciale dipendente dalla invasione di micrococchi, i quali hanno il loro atrio d'ingresso nell'esofago, donde si diffondono in tutte le parti del sistema vascolare, producendo numerosissimi emboli micotici e necrosi di coagulazione delle pareti vasali, da cui le diffuse e gravi emorragie dalle quali questa infezione speciale è anatomicamente caratterizzata.*

Stabilito questo concetto fondamentale, le emorragie dei neonati debbono essere studiate nel loro insieme sotto un punto di vista generale e nei loro rapporti con l'organismo intero; ed è precisamente sotto questo punto di vista che l'autore studia le principali forme della diatesi emorragica dei neonati, quali l'emofilia, la miseria fisiologica, la sifilide, la sepsi, il morbo di Verlhof, deducendone le seguenti conclusioni:

1) Solo in casi rarissimi e quasi eccezionali le emorragie dei neonati dipendono da momenti ereditarii in stretto senso, cioè dalla emofilia vera e permanente; 2) nella grandissima maggioranza dei casi esse riposano invece sopra condizioni le quali sono speciali del periodo dei neonati, sopra processi morbosi o influenze nocive esterne agenti sul bambino dopo il parto; 3) non si può escludere però che la diatesi emorragica acuta dei neonati possa presentarsi anche in forma essenziale ed indipendente, quale espressione del morbo di Werlhof.

I cinque casi adunque riportati e descritti dall'aut. evidentemente debbono essere acclusi alla categoria della sepsi, di natura micotica, il di cui microrganismo deve riconoscere per suo veicolo il latte ingerito da

quei bambini sottoposti o all'allattamento artificiale od a quello misto; microrganismo che, venuto in contatto dell'esofago, attecchisce nelle sue cripte e pliche, dando luogo a tutta la serie dei processi istopatologici descritti dall'autore.

Uno dei mezzi, pertanto, onde evitare od attenuare le infezioni emorragiche dei neonati sarebbe precisamente quello di fornire ai bambini latte sterilizzato mediante l'apparecchio di SOHXLET. G. S.

Guaita R.—La salute del bambino. Scritti varii d'Igiene Infantile—Terza edizione — Milano, 1890.

Nel fascicolo 4° dell'anno 1886 di questo medesimo periodico, nell'esporre una breve ma coscienziosa recensione della 2ª edizione di questo libro, io faceva voti perchè, vista la utilità dello stesso, questo divenisse *il compagno indivisibile di ogni madre di famiglia ed oggetto di studio per tutti i medici pratici.* Fortunatamente io non m'illusi; e la terza edizione di questo pregevole lavoro lascia di leggieri intravedere quale rapida diffusione si meritò la edizione precedente in breve volgere di tempo.

Dispensandomi dal ripetere quanto altra volta ebbi a scrivere sul lavoro in esame e sui pregi che l'adornano in ogni singolo argomento, non posso omettere che in quest'ultima edizione l'autore, mantenendosi all'altezza degli ultimi progressi realizzati dalla scienza, e sopratutto dalla Igiene, accresce la sua opera di altri quattro capitoli di non minore interesse pratico relativi all'*allattamento artificiale, all'allattamento per parte di donna incinta, alla termometria nelle malattie dei bambini ed all'aggiunta del bicarbonato di soda e del sale di cucina al latte.*

Sul primo importante argomento l'autore, con savio discernimento, espone innanzi tutto le cifre di mortalità relative all'allattamento materno (10 a 15 per cento), all'allattamento mercenario (30 a 35 per 100) ed a quello artificiale (50 a 60 ed anche 80 per 100). E le cause di questo imponente divario egli crede che sieno principalmente: *la qualità del latte che servir deve di alimento, ed il modo sregoluto ed a casaccio che seguesi nello allattamento artificiale.* A voler quindi ottemperare ad un regolare allattamento artificiale, l'aut. presceglie il latte di vacca, che egli opina essere il migliore succedaneo del latte di donna: esso però deve essere *superiore a qualsiasi sospetto di frode, d'impurità o d'inquinamento*, e quindi portato in casa appena munto, in recipiente chiuso, ben netto e possibilmente disinfettato.

Ma, la garanzia maggiore che può fornirsi all'allattamento artificiale, sopratutto per evitare la facile fermentazione del latte, consiste nello sterilizzare lo stesso mercè l'apparecchio del SOHXLET; e noi siamo ben lieti nel constatare che anche l'aut. in quest'altro pregevole lavoro si mostra partigiano e propugnatore di questa pratica di tanto semplice per quanto immensamente benefica.

Non meno importanti sono i precetti relativi al modo come approntare il pasto al neonato, nella esposizione ragionata dei quali l'autore fa mostra di profonda esperienza e lungo esercizio.

In riguardo poi all'allattamento fatto da donna incinta, il GUAITA opina che è precisamente dal 3° al 4° mese di gravidanza che bisogna allontanare il bambino dal seno, giusto perchè è in tal periodo di gestazione che il latte finisce per perdere tutte le sue proprietà nutritive, e quindi non più idoneo alla nutrizione ed all'accrescimento del bambino.

Il capitolo della termometria è scritto bene a proposito, e con l'abituale

erudizione di cui l'autore dispone, sia per quei medici *di gran cassa* che fanno troppo a fidanza con il loro famoso *occhio clinico*, sia per quelli altri che, riducendo il nobile ministero del pediatra ad una vile ed obbrobriosa speculazione, trascurano uno dei caratteri diagnostici della maggiore importanza fornito dall'accurato esame della temperatura animale. Eppure non una, ma mille volte mi venne dato di presagire, col semplice esame termometrico, il processo morboso che era per svolgersi nei dì successivi! Lode pertanto sia fatta al GUAITA che, anche in un libro d'Igiene infantile, ha giudicato non superfluo dimostrare alle madri ed ai medici pratici la importanza veramente eccezionale fornita dall'esame termometrico del bambino infermo.

Infine, relativamente all'allattamento artificiale, l'aut. fa notare come la aggiunzione del bicarbonato di soda al latte possa in talune circostanze non essere privo di serii inconvenienti, giusta per la formazione del lattato di soda che in non pochi rincontri si costituisce come causa della diarrea nei bambini. Invece, addizionare il latte con piccola quantità di sal di cucina, varrebbe impedire, secondo l'aut., la coagulazione del liquido sotto l'azione ed in presenza del succo gastrico.

L'indirizzo eminentemente pratico serbato dall'aut. nella trattazione dei singoli argomenti del suo libro, l'armonia e l'intima relazione che scaturiscono dalle indicazioni igieniche in rapporto con i precetti dettati dal distinto collega, la chiarezza e l'ordine nella esposizione e l'impronta originale che si ravvisa nei singoli capitoli, onorano l'autore ed assicurano alla sua opera un posto distinto nella odierna letteratura nazionale sulla Igiene infantile. G. S.

Guidi G.—Igiene del bambino — Guida alle madri per ben allevare i loro figli.—Casa editrice Dott. FRANCESCO VALLARDI—Milano, 1889.

Per buona fortuna, dacchè in Italia s'iniziò il risveglio degli studii pediatrici, la penuria di buoni libri d'igiene infantile non s'ebbe ulteriormente a deplorare. Quasi contemporaneamente alla ristampa del lavoro del GUAITA, anche il Dott. GUIDI, di Firenze, ha riannodato in un volume di 162 pagine le principali norme dell'allevamento del neonato, del lattante e del bambino ancora piccino, consacrando, con lodevole intendimento, la sua pubblicazione alle madri di famiglia.

Dopo una breve prefazione, nella quale l'autore si sforza di studiare la etimologia della parola *bua*, entra in materia, distinguendo il suo libro in 14 differenti capitoli.

Nel 1° di essi vanno esposte le cure da prodigare al bambino appena nato; di esse meritano speciale menzione quelle riferibili alla temperatura dell'ambiente, alla detersione del corpo del neonato, al tempo in cui fa d'uopo attaccarlo al petto, alla igiene degli occhi, alla suppurazione del funicolo ombelicale, al bagno da apprestare al neonato.

Nel 2°, 3°, 4°, 5° e 6° capitolo viene ampiamente trattato l'argomento importantissimo dell'allattamento con le sue distinzioni in allattamento materno, misto, mercenario ed artificiale. Qui, l'autore, combattendo con chiarezza e facilità di dettato e con ragioni scientifico pratiche tutti i pregiudizi e le superstizioni che ancora oggi guadagnano le madri nello adempimento di questa loro sacra e delicata missione, espone le norme a seguire nell'allattare il bambino. Giudica che il miglior sistema di allattamento misto sia quello nel quale la madre, allattando per quanto può, si lasci ajutare da altra donna fornita di abbondante secrezione lattea.

Dovendo però devenire all'allattamento misto-animale, il latte di mucca è quello che meglio risponde allo scopo. Tratta dei diversi sistemi di allatamento mercenario e si dilunga giustamente sulla scelta della nutrice, tracciando con minuti dettagli l'esame fisico al quale questa dev' essere subordinata. Ed a proposito dell'allattamento artificiale, l'autore rialza le sorti del poppatoio, ritenendolo infanticida solamente quando venisse adoperato senza le regole volute. Crede pure che sia pratica indispensabile quella di far bollire il latte prima di ogni somministrazione da fare al bambino.

Nei sette capitoli consecutivi l' aut. si occupa del divezzamento, del sonno, della veglia, del riposo, delle vesti, della voce, delle grida, della parola, della igiene della bocca, della dentizione, dei primi passi, della prima locomozione e della vaccinazione. Se l'angustia dello spazio non lo vietasse, riassumerei per sommi capi i principali concetti esposti dall'autore nella trattazione di questi speciali argomenti. Ma, poichè le idee svolte sono presso a poco identiche a quelle precedentemente esposte ed ampiamente discusse da altri egregi pediatri, mi attengo ai limiti di una rivista bibliografica, non senza manifestare all'egregio collega il mio più vivo compiacimento per la forma facile, chiara e corretta ammirevolmente serbata nello svolgimento del suo eccellente lavoro. Sono profondamente convinto che se libri di tal fatta, modellati alla intelligenza di tutti, godessero il beneficio di una vasta ed illimitata diffusione, non poco ne avvantaggerebbe la classe dei miseri bambini, sì da attenuarne la cifra di mortalità che schianta il cuore nel riscontrarla. Merita pertanto immensa lode il Municipio di Firenze che, dopo averne acquistato molte copie, deliberò di farle distribuire gratuitamente alle famiglie povere.

G. S.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA

Notevole caso di microcefalia congenita.—In una delle ultime adunanze tenute dall' Accademia di Medicina di Parigi nel novembre del decorso anno 1889, il Dottor GUENIOT ha presentato un bambino di otto giorni di età nel quale il cranio era rappresentato da una scatola ossea completamente chiusa ed inestensibile. Esso offriva tutti i caratteri di un microcefalo; bastava misurare i principali diametri della testa per convincersi di questo fatto.

Ed in vero, il diametro sotto-occipito-bregmatico misurava appena sei centimetri e mezzo invece di nove e mezzo, come riscontrasi nei bambini normalmente costituiti. Le fontanelle e le suture in niuna regione potevano riscontrarsi; ed anche all'unione dell'osso occipitale con le due ossa parietali non solamente mancava ogni traccia di fontanella quanto ancora questa era sostituita da un rilievo osseo del volume di un piccolo dito.

Il cranio di questo bambino era talmente ridotto che a primo istante poteva far credere trattarsi di un' anencefalo, invece di un microcefalo.

La madre del neonato contava appena 27 anni, godeva buona salute, e con un altro marito aveva avuto, cinque anni innanzi, una bambina ben costituita. Il neonato pesava 2700 grammi, nè aveva subìto deperimento fin dal giorno della sua nascita.

X. Congresso medico internazionale.—Sarà tenuto a Berlino dal 4 al 9 agosto del corrente anno. Possono prendervi parte tutti i medici laureati che domandano di essere iscritti come membri del Congresso, pagando una tassa d'iscrizione di 20 marchi, mediante la quale si ha diritto ad avere una copia dei lavori del Congresso appena dopo la sua pubblicazione. Fra le diciotto Sezioni in cui verranno distribuiti i lavori del Congresso, la Pediatria occupa il sesto posto.

Come membri del Comitato d'organizzazione di detta Sezione vennero prescelti i professori Baginsky, Henoch, Heubner, Kohts, Kraeler, Ranke, Rehne, Soltmann e Steffen.

Per tutto ciò che concerne la nostra specialità fa d'uopo dirigersi al Prof. Henoch, membro gerente del Comitato (Berlin W., Bellevuestr. num. 8).

Contemporaneamente al detto Congresso avrà luogo una Esposizione internazionale medico-scientifica dal giorno 2 all'11 agosto, per partecipare alla quale bisognerà indirizzare la domanda in doppio esemplare al Dott. Lassar (*Berlin NW., Karlstrasse, 19*), sotto la rubrica « *Exposition* » e con l'aggiunzione di una carta da visita, non omettendo con precisione e nel modo più conciso tutte quelle notizie che possono occorrere per la compilazione del catalogo.

Nel rendere i nostri migliori sentimenti di grazie agl'illustri componenti il Comitato d'organizzazione per il gentile e premuroso invito fattoci per prender parte all'uno ed all'altra, facciamo voti perche la nostra Specialità s'affermi e si esplichi ogni dì più nel seno del dotto Consesso della capitale dell'Impero Alemanno.

Concorso a premio.—L'Accademia di Medicina di Parigi, per il concorso al premio di Lire 1000 dell'*Igiene dell'Infanzia* per l'anno 1891, mette per tema la questione seguente: *Determinare quali sono nell'allattamento artificiale dei bambini di prima età il valore e gli effetti sia del latte crudo e riscaldato a bagno-maria, sia del latte bollito.*

Le memorie manoscritte debbono essere inviate all'Accademia di Medicina per tutta la fine di febbraio 1891, ottemperando in pari tempo a tutte le norme richieste per i concorsi a premio.

Nuovo Giornale.—Col 1° marzo del corrente anno ha visto in Napoli la luce una nuova pubblicazione periodica dal titolo « *Gazzetta delle Cliniche*, organo degl'Istituti scientifici, diretta dai Dottori Enrico Reale ed Ernesto Bruschini, entrambi assistenti della 2.ª clinica medica diretta dal Prof. De Renzi. Si pubblica a fascicoli di 16 pagine in 8°, in ogni 10 giorni, e l'abbonamento annuo costa appena lire sei, da spedirsi all'editore Signor C. Preisig (Via Trinità Maggiore, n. 6).

Auguriamo di cuore alla consorella vita prospera, lunga e rigogliosa.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Pertosse

Fenacetina	gram.	0,75

Da propinarne alcune dosi al giorno della stessa quantità.

HEIMANN.

Gastro-enterite acuta

Creolina.	gocce	2 a 3
Acqua di cannella.	gram.	80,00
Sciroppo di altea	»	20,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino ogni ora.

SCHWINZ.

Difteria

Chinolina	gram.	0,60
Alcool a 90°.	»	30,00
Acqua distillata calda	»	300,00
Essenza di menta.	goccia	1,00

mib. Per gargarismi.

Chinolina	gram,	1,00
Alcool a 90°.	»	25,00
Acqua distillata	»	25,00

mib. Per pennellazioni con pennello aspro sulle pseudo-membrane.

DOMAT.

Costipazione dei neonati

Mannite cristallizzata	gram.	5 a 10,00
Acqua	»	50 a 100,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino da caffè ogni due ore.

MONTI e WIDERHOFER.

Radice di rabarbaro polverata. . . .	gram.	3-5,00
Carbonato di magnesia.	»	3-5,00
Olio di anice.	»	3,00

mib. Di questa polvere se ne somministra quanto ne va sulla punta di un coltello, tre volte al giorno.

WIETHE.

Costipazione dei bambini da 2 a 4 anni

Acqua lassativa di Vienna	gram.	30-50,00
Acqua	»	30-50,00
Sciroppo di ciliege o di lamponi . . .	»	25,00

mib. Da somministrarla in due o tre volte nel corso del giorno.

ovvero:

Citrato di magnesia.	gram.	30,00
Sciroppo di limoni	»	40,00
Acqua distillata	»	60,00

mib. Da somministrarla nel corso del giorno mischiata all'acqua di Seltz.

WIDERHOFER.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

GUIDI G. — *Metodo di perfezione per l'allattamento artificiale.*

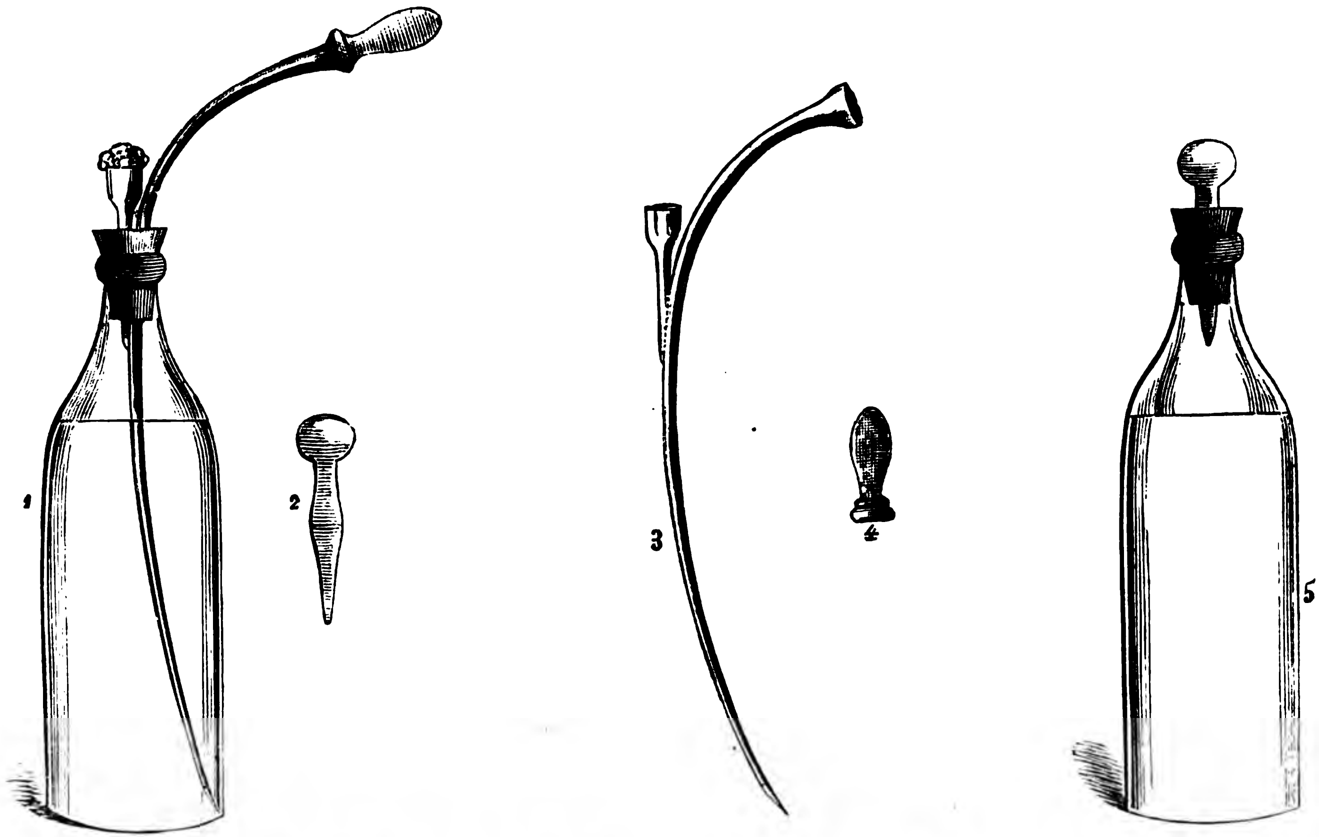


Fig. 1. Bottiglia con latte sterilizzato (*apparecchio montato*). — **Fig. 2.** Caviglio. — **Fig. 3.** Apparecchio. — **Fig. 4.** Capezzolo. — **Fig. 5.** Bottiglia con latte sterilizzato (*chiusa*).

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

ERITEMA NODOSO PALUSTRE

LEZIONE PROFESSATA ALLA POLICLINICA GENERALE DI RIO DE JANEIRO

dal Dott. MONCORVO (1).

Signori,

Voi mi avete sempre inteso segnalare la malaria come l'agente più attivo e più grave della patologia infantile di questa città, e potrei ancora dire della maggior parte del nostro territorio. Dando infatti uno sguardo alle nostre statistiche voi riscontrerete di leggieri la frequenza eccezionale dei casi d'infezione palustre dei piccoli infermi curati in questo comparto.

Oltre i fenomeni prettamente febbrili, o meno, che determinarono la presentazione del bambino alla nostra policlinica, avrete potuto accertarvi dell'intervento frequentissimo ed anche generale, salvo poche eccezioni, di questi fenomeni nei piccoli bambini qui condotti per la cura delle più svariate affezioni tanto acute che croniche.

La constatazione di questa infezione forma, per così dire, il 2° piano di quasi tutte le nostre tabelle patologiche, e costituisce in molti rincontri uno dei più serii ostacoli nel trattamento della malattia iniziale: essa è un vero flagello che maschera la generalità dei tipi morbosi della nostra patologia infantile, dando ad essi una fisonomia del tutto speciale da renderli irriconoscibili anche all'occhio di chi è sufficientemente istruito nella patologia infantile europea.

Questa, io ve l'ho sempre ripetuto, esige una osservazione tutta speciale *in situ*, cioè a dire uno studio clinico attento eseguito nelle stesse nostre regioni, e vederne molte di queste affezioni per mettersi al sicuro degli errori che assai spesso compromettono la vita del piccolo paziente. Ecco perchè io non cesso mai di attirare la vostra attenzione sui casi di malaria che a prima giunta possono sembrarvi poco interessanti; non saprei abbastanza insistere su questo punto che la malaria, cioè, riveste nei piccoli infermi le forme più bizzarre e perciò le più dannose, perchè la

(1) Traduzione del Dott. G. SOMMA.

esattezza della diagnosi si costituisce qualche volta come una questione di vita o di morte.

Proseguendo il mio studio clinico delle manifestazioni morbose le più svariate, sviluppate sotto l'influenza diretta della infezione paludosa nell' infanzia, tengo oggi l'intenzione d'intrattenervi su due casi abbastanza interessanti di una dermatosi osservata nel mio reparto, e che è stata giustamente riguardata come di natura miasmatica, intendo alludere all' *eritema nodoso palustre*. Questa determinazione cutanea della malaria osservata e menzionata per la prima volta dal Dott. Obedenaro nel 1889, fu da quest'epoca studiata e parecchie volte osservata dal mio distinto collega della Rumania, Dott. Boïgesco, professore aggregato alla facoltà di Medicina di Bucarest, il quale ha recentemente pubblicato negli «*Archives roumaines de médecine*» una importantissima memoria su alcuni fatti di questo genere che egli ha potuto osservare sia all'ospedale dei bambini di Bucarest, che in città. È questo dunque il primo lavoro pubblicato sull' eritema nodoso palustre e finora il solo di cui io abbia conoscenza.

Ma, prima di richiamare la vostra attenzione sulla storia di questa specie di eritema, io mi sforzerò di riferirvi con i maggiori dettagli i fatti che mi appartengono e che voi stessi avrete potuto osservare or son pochi giorni in questo stesso comparto.

Osservazione I.—*Sifilide ereditaria; emiatrofia cerebrale per sclerosi lobare; epilessia* Bravais Jacksoniana; *emiplegia a sinistra; contratture; impaludismo acuto; eritema nodoso palustre.*

Nel giorno undici luglio ultimo viene condotto nel mio reparto una piccola mulatta, dell' età di anni undici, nata a Rio ed inferma fin dai primi mesi della sua vita. All'età di otto mesi ella fu affetta da convulsioni epilettiformi limitate al lato sinistro del corpo, seguite da un certo grado di paresi; queste convulsioni si ripresentarono quattro mesi dopo con i medesimi caratteri e con la stessa localizzazione, dando luogo ad una emiplegia a sinistra ben manifesta. Questa paralisi si attenuò consecutivamente, ma gli arti affetti furono presi da contratture dei muscoli flessori. Lo sviluppo intellettuale della inferma si esplicò lentamente; la sua parola è monotona, il suo vocabolario abbastanza ristretto e la sua memoria debole. I riflessi normali agli arti sani, e deboli a quelli contratti; intatta la sensibilità dolorifica ed elettrica.

Incontinenza di orine e sovente scariche involontarie.

A lato di questi sintomi di una emiatrofia cerebrale, possono in essa constatarsi dei segni evidenti di sifilide creditaria, come le macchie rameiche sulla pelle, la ipertrofia dei gangli epitrocleari, le erosioni dentarie, una vecchia otorrea, etc. Non ebbe mai il vajuolo, la scarlattina o la rosolia.

Nel tempo che entrò in clinica la piccola bambina non presentava affatto il menomo sintoma della malaria e fu consecutivamente sottoposta alla cura jodica e mercuriale.

L'andamento era regolare quando, venti giorni più tardi, mi viene condotta la bambina che, secondo le assicurazioni della madre, era stata presa

da accessi violenti di febbre fin dagli ultimi cinque giorni; questi accessi esordivano tra le ore 6 o 7 del mattino per dileguarsi due ore dopo mezzogiorno. Ma la madre non tarda ad attirare la mia attenzione su di una efflorescenza cutanea che la preoccupava, efflorescenza che era comparsa verso il 2° giorno della malattia febbrile, e che, coincidendo precisamente con il momento dell'accesso febbrile, si sbiadiva alcune ore dopo l'abbassamento del calore per riprendere la sua intensità primitiva col ricomparire dell' accesso. Questa dermatosi era costituita da macchie con colorazione variabile tra il rosso vivo ed il rosso, a livello delle quali la temperatura della pelle era più elevata. La maggior parte di queste macchie erano più o meno rilevate ed erano sede di una sensazione di bruciore di cui la piccola inferma fortemente si lagnava.

Alla palpazione, constatavansi, a livello di queste macchie, delle placche più o meno resistenti, che invadevano l' intera spessezza del derma e si presentavano immensamente dolorose alla più leggiera pressione. Queste placche avevano sede in tutta la estensione delle guancie e qualcuna occupava ancora i due padiglioni dell'orecchio. Erano situate le une a fianco delle altre ed in corrispondenza della palma delle mani esse estendevansi alquanto le une sulle altre; erano irregolarmente arrotondite, avendo l'aspetto di una piccola calotta impiantata sulla pelle; infine la loro dimensione variava da 1 a 3 centim. di diametro.

Il rossore della regione occupata da questa dermatosi, assai intenso durante tutto il tempo dell' accesso febbrile, si attenuava di molto nel periodo della intermittenza; anche la sensazione di calore e di bruciore offriva le medesime alterazioni di acuità e di attenuazione.

Questa infiltrazione nodulare delle guance rendeva estremamente dolorosi i movimenti di masticazione ed ancora più difficile la pronunzia della parola.

Ma questa regione non era la sola invasa: su tutta la estensione dei polpacci delle gambe riscontravansi dei noduli più voluminosi dei precedenti il diametro dei quali misurava quattro centimetri. A ciascuna di queste placche corrispondeva una macchia rossa più o meno intensa, a livello della quale il calore cutaneo era evidentemente più elevato. In detta regione la piccola inferma accusava del pari una sensazione di bruciore, più accentuato nella ricorrenza degli accessi febbrili, tanto da non poter tollerare la menoma pressione esercitata in corrispondenza di queste placche. La deambulazione era incomoda e dolorosa, perchè la contrazione dei muscoli gastrocnemi, stirando la pelle ed il tessuto connettivo sottostante, facevano non poco soffrire l'inferma. Del pari alla faccia esterna dell'antibraccio sinistro si riscontravano alcuni altri piccoli noduli, assai dolorosi alla palpazione, ed associati, come gli altri precedentemente descritti, ad una macchia rossa.

La temperatura ascellare era di 37°,9 (un'ora dopo mezzogiorno). Stato saburrale abbastanza pronunziato. Niente appetito. Fegato alquanto ingorgato e doloroso al toccamento.

Si prescrivono alla inferma 60 centig. di calomelano ed un grammo di cloridrato di chinina in due dosi.

Il dì seguente a questa prima constatazione dell'eritema nodoso, potevasi già notare una marcata attenuazione della malattia; i noduli si erano di molto impiccoliti, mentre le macchie si erano decolorate. Anche la sensazione di bruciore era pur troppo attenuata; i movimenti della masticazione abbastanza liberi ed il cammino ancora era divenuto meno penoso. La lingua era meno impatinata, il fegato più decongestionato, la temperatura era scesa al normale fin dal giorno precedente. Si ripete la somministrazione della chinina.

Durante i cinque giorni consecutivi, le placche subirono una riduzione progressiva, fino al punto che nel dì 3 agosto neanche una sola poteva essere rinvenuta alle guancie, nè ai padiglioni dell'orecchio, sui quali il colorito erasi mutato di rosso in giallo; invece riscontravasi una leggiera desquamazione. Ai polpacci delle gambe si rinvenivano ancora alcune placche disseminate, già abbastanza essiccate, a livello delle quali la pelle avea assunto un colorito giallastro. La pressione praticata su queste regioni risvegliava dolori ancora meno accentuati.

Questo decorso regressivo dell' eritema non si arrestò, tanto che pochi giorni dopo non se ne riscontrava traccia alcuna. Fa d' uopo aggiungere che il trattamento della chinina fu sempre seguitato e che nessun'accesso di febbre si ebbe ulteriormente a deplorare.

Voi dunque avete, o Signori, in questo caso un esempio eclatante di eritema nodoso sviluppato nel corso di una infezione malarica acuta che scompare prontamente sotto l'influenza della cura specifica di questa ultima. Fa d' uopo tenere ben conto di questa circostanza: la precedenza, cioè, degli accessi di febbre e consecutivamente le alternative nel decorso dell'eritema a norma delle oscillazioni della curva termometrica; niente più dimostrativo dei legami patogenici fra la dermatosi in questione e la febbre intermittente. Infine, l'influenza indiscutibile della chinina sul sollecito regresso dell' eritema , non lascia più alcun dubbio sul proposito.

Tengo però a farvi notare che il fatto, che io discuto, non costituisce per nulla un esempio volgare del tipo morboso in questione , poichè, oltre la intensità eccezionale della efflorescenza tanto per l'estrema acuità della manifestazione cutanea quanto pel numero delle placche , si ebbe a constatare questo fatto che la dermatosi erasi presentata in modo accentuato alla faccia ed ai polpacci , sede degna di essere segnalata in casi simili , poichè queste regioni sono state sempre risparmiate nei piccoli infermi affetti da eritema nodoso palustre osservati dal Dott. Boïgesco.

Il secondo caso che abbiamo avuto l'opportunità di osservare in questo servizio , abbenchè meno interessante del precedente, merita tuttavia di essere menzionato.

Osservazione II.—*Sifilide ereditaria; iperimpaludismo ; eritema nodoso palustre.*

Maria, mulatta, dell'età di 3 mesi, nata a Rio, vien presentata al mio servizio il 12 luglio ultimo per essere curata di manifestazioni cutanee di natura evidentemente sifilitica.

Prima della nascita della bambina, suo padre fu affetto da accidenti venerei; e fin dai primi giorni della sua vita l' infermuccia fu affetta da otorrea e da corizza con una eruzione papulosa al tronco ed agli arti, associata ad adenopatia generalizzata. Si prescrive fin dal principio una cura appropriata con lozioni cutanee con soluzione di creolina e con iniezioni ipodermiche di salicilato di mercurio.

Gli effetti di questa medicatura non si fecero attendere, e la pelle era già perfettamente bianca quando, al 21 luglio, la bambina viene istantaneamente presa dalla febbre, la sua lingua s'impatina e passa una notte assai cattiva con temperatura a 38., costipazione, addome tumefatto. Come cura prescrivo del cloridrato di chinina e dei clisteri con soluzione di creolina all'1 per 1000.

Nel dì 22 ella ebbe un pronunziato immegliamento di tutti i sintomi precedenti; ma, verso il mattino del 23, la febbre si riaccende, ed alla mia visita la temperatura rettale segnava 40, con tumefazione del ventre ed agitazione.

Io praticai allora due injezioni ipodermiche di 0,50 centigrammi di cloridrato di chinina.

Nel dì 24 il calore era disceso a 38°, la notte era trascorsa più calma, ma lo stato saburrale della lingua e la tumefazione del ventre persistevano; si constata infine un certo grado d'indebolimento cardiaco. Si praticano le injezioni sottocutanee con un grammo di cloridrato di chinina e 60 centigrammi di caffeina.

Al giorno 26 la situazione si ravvisa cangiata fin dal giorno precedente: temperatura rettale a 40°, prostrazione, lingua secca, addome tumefatto, tendenza alla embriocardia. Si ripetono le injezioni suindicate e si aggiunge una bevanda alcoolica con la chinina.

Al 27, la temperatura, dopo che nella notte ultima era discesa a 38 , risale a 39° nelle ore del mattino; battiti cardiaci più energici. Ma questa volta una novella manifestazione, apparsa fin dal giorno precedente, preoccupa molto la madre; trattavasi di una efflorescenza cutanea, a sede su tutta la estensione della regione fronto-temporale, costituita da macchie di un colorito rosso-vivo accoste ad altre meno colorate, e tutte facendo sporgenza sulla parte sana della pelle. La forma di queste macchie era irregolarmente circolare, avendo le più grandi quasi tre centimetri di diametro.

Alla palpazione riscontravasi al loro livello un nodulo alquanto resistente al toccamento ed assai doloroso alla menoma pressione. La temperatura di questa regione sembrava più elevata di quella della pelle sana. In prossimità delle tempia i noduli erano alcun poco discosti gli uni dagli altri; ma, verso la linea mediana della fronte essi erano impiantati gli uni sugli altri. Niente di simile si riscontrava sulle altre parti del corpo.

S'insiste sul trattamento con la chinina associata alla somministrazione della caffeina per via ipodermica ed all'antisepsi intestinale.

Al 28, le identiche condizioni del giorno precedente.

Cloridrato di chinino; calomelano.

Al 29, temperatura rettale a 39°,3. L'eritema, meno pronunziato nelle ore dopo il mezzogiorno di jeri, si accentua novellamente nel mattino di questo dì. Identica cura.

Al 30. Temp. rett. 38°. Sonno calmo nella notte ultima; pelle umida; aspetto migliore; ventre trattabile; scariche gialle; itto cardiaco normale. Notevole modificazione dell'eritema; noduli abbastanza impiccioliti; macchie sufficientemente scolorate, la maggior parte delle quali era di un rosso verdastro; la temperatura della fronte e delle tempia niente affatto aumentata. Infine, la pressione su questa regione non arrecava più dolore al bambino. Lo stesso trattamento curativo.

Al 31. Apiressia nella sera precedente. Temperatura rettale: 38,04. Diminuzione progressiva dell'eritema. Noduli quasi impercettibili; le macchie residuali presentano un colorito giallastro. Comincia la desquamazione sulla fronte. Si continua la cura con la chinina e con l'antisepsi intestinale.

A dì 1° agosto: temperatura rettale 38°. L'eritema continua a risolversi. A partire da questo giorno le ultime traccie dell'eritema nodoso scompaiono completamente, abbenchè la bambina avesse avuto dei nuovi attacchi di febbre.

È degno di nota che la somministrazione della chinina non fu mai interrotta durante tutto questo periodo di tempo.

Da ciò che precede son certo che voi, o Signori, conchiuderete con me che, anche in questo caso, trattavasi di una efflorescenza cutanea sopravvenuta sotto l'influenza immediata della grave infezione palustre da cui questa bambina era affetta.

Nessuna delle manifestazioni cutanee dipendenti dalla sifilide ereditaria si rassomiglia a quella da me constatata in questa piccola inferma in seguito alla invasione della febbre palustre, sia per i suoi caratteri speciali che per le variazioni di esacerbazione e di immegliamento che, tanto in questo caso, come nel precedente accompagnarono intimamente la evoluzione della curva termometrica. Infine il trattamento chinico trionfò ancora una volta sulle manifestazioni cutanee, come ed anche bene fu osservato nel caso precedentemente riferito e segnalato dal Dott. Boigesco nei piccoli malarici di questo genere sottomessi al suo esame.

Come voi dunque avrete visto, la dermatosi, associata nella nostra piccola inferma ai sintomi acuti dell'impaludismo grave, offre i caratteri tipici dell'eritema nodoso; solamente il decorso regressivo fu più rapido di quello osservato in altre circostanze; infine anche in questo caso la sede di elezione di questa efflorescenza (regione fronto-temporale), è, sotto ogni punto di vista, eccezionale, e relativamente ai fatti pubblicati da Boïgesco, il solo, io ripeto, che sia giunto finora a mia conoscenza.

Riassumendo, eccovi due esempii nuovi, e dei più classici, di una dermatosi a decorso acuto, sviluppata certamente sotto l'influenza dell'avvelenamento malarico, scomparsa prestamente per l'effetto della chinina e che costituisce in tal guisa una nuova manifestazione, da parte dell'apparecchio cutaneo, della malaria, venendo ad aggiungersi al quadro di già tanto complesso e bizzarro dalle sue molteplici forme.

I due fatti che io ho riferiti non possono mancare d'interesse clinico, poichè essi sono, io credo, i primi notati appo noi. Fuori del nostro paese appena 22 casi analoghi sono stati pubblicati: di essi il primo è stato constatato dal Dott. Obedenaro; tutti gli altri furono osservati a Bucarest dal Dott. Boïgesco; e questo autore s'affretta subito a dichiarare che «in Rumania questa eruzione non è peraltro conosciuta che da un ristretto numero di medici, da quelli che hanno avuto l'occasione di frequentare, come studenti, la clinica del nostro illustre maestro, M. Sergin,

professore di clinica infantile alla Facoltà». Questa specie di efflorescenza palustre è dunque lungi dall'essere ben nota anche nei paesi ove, in modo permanente, infierisce la malaria. Boïgesco afferma di non averla giammai riscontrata che nei fanciulli, nei quali sembra costituirne l'appannaggio. Da parte mia, fino a nuove osservazioni, io non farò che sottoscrivermi a questa opinione del collega rumeno, poichè in nessun rincontro mi fu dato di poterla constatare nell'adulto.

Ma, quale sarà il periodo dell'infanzia più predisposto all'eritema in quistione? Percorrendo le osservazioni del Dott. Boïgesco nelle quali l'età degl'infermi è debitamente indicata, si riscontra che il più giovane degli ammalati non aveva che un anno e mezzo, mentre il maggior numero dei casi fu riscontrato fra i due ed i cinque anni, così distribuiti: 2 anni=2 casi; 3 anni=3 casi; 4 anni=2 casi; 5 anni=2 casi.

Ciò non pertanto, una delle mie osservazioni mi ha permesso di assodare che questa dermatosi palustre può anche passionare i neonati. In somma, l'eritema nodoso palustre, abbenchè possa constatarsi in tutti i periodi dell'infanzia, è stato fino ad ora più frequentemente osservato fra il 2° ed il 5° anno di vita.

Per ciò che concerne il *sesso*, i fatti finora noti lasciano vedere la predominanza di quest'eritema nel sesso femminile; ed in vero, su di un totale di 19 casi, di cui 17 appartengono a Boïgesco e due personali, si riscontrano 14 bambine e cinque maschi. Il predominio del temperamento nervoso nelle prime sarà forse una condizione premonitoria favorevole ai disturbi d'innervazione vaso-motrice che contribuiscono alla produzione del processo eritematoso.

Quali sono, ora, i caratteri che riveste nei piccoli malarici lo eritema nodoso?

Nel seguire la esposizione dettagliata dei due fatti che io ho sottoposti alla vostra osservazione, avrete potuto rendervi conto dei tratti principali che lo caratterizzano; io li utilizzerò anche qui per esporvi sommariamente i sintomi che ve lo faranno riconoscere.

L'eritema nodoso palustre è costituito dalla esistenza di noduli o di placche sviluppate nella spessezza del derma, più o meno rilevata sulla superficie della pelle, ove si constatano delle macchie il colorito delle quali varia dal rosso vivo al rosso giallastro. Queste placche hanno la loro sede di predilezione alla parte anteriore delle gambe ed agli antibracci; ma i nostri due casi hanno dimostrato che la regione posteriore delle gambe ed anche la faccia possono essere eziandio la sede di elezione di questa eruzione. Questi noduli si manifestano, fin dall'esordire, abbastanza dolorosi, non tollerando gl'infermi il più lieve toccamento prati-

cato sulla loro superficie. Di più, voi siete stati testimoni delle grida che arrecavano al nostro primo infermo la palpazione o la più dolce pressione esercitata sui punti invasi dall'eritema. Ed è la grande iperemia dei vasi cutanei posti in corrispondenza del medesimo che dà luogo al rossore pronunziato che si associa ad elevazione della temperatura locale e ad una sensazione di bruciore ed anche di scottatura accentuata nei piccoli infermi.

Generalmente la forma di queste placche è arrotondita; altre sono di forma ovoidale. Le loro dimensioni sono variabili; le une raggiungono quelle di una lenticchia, mentre le più sviluppate misurano presso a poco 4 centimetri nel loro diametro. Esse possono restare isolate o ravvicinate a gruppi più o meno numerosi; ma non è affatto raro, allorchè si presentano in maggior numero, di vederle addossate le une sulle altre. In riguardo poi al volume di questi noduli, esso può subire delle sensibili variazioni che stanno in rapporto col decorso della curva termometrica; di guisa che essi diventano più gonfi durante lo stadio febbrile, mentre si avvizziscono durante gl'intervalli degli accessi. Il rossore delle macchie, come pure la sensazione di bruciore, seguono di pari passo le alternative di volume delle placche.

Dal fin qui esposto si arguisce di leggieri quale sia il *decorso* dell'eritema nodoso palustre. Di fatti, allorquando l'affezione non è debellata fin dal suo esordio con una cura appropriata, è ben facile vederlo seguire un corso lento, variabile fra due settenari e quattro settimane, durante qual tempo l'efflorescenza varia molto d'intensità secondo il tipo degli accessi palustri. Così, nel nostro primo infermo, voi avete potuto con me constatare che, durante il *maximum* della temperatura, le macchie divennero molto più rosse, la sensazione di bruciore aumentò ed il toccamento dichiarò la esagerazione della rilevatezza delle placche eritematose.

Questo decorso fu egualmente verificato da Boïcesco nei piccoli infermi.

Dal momento che l'affezione cutanea entra in periodo di declinazione, la colorazione delle macchie subisce gradualmente le variazioni regressive caratteristiche di quelle della ecchimosi: esso passa dal rosso intenso al rosso verdastro e finalmente al giallo pria che scompaia completamente. La sporgenza delle placche si appiana nel contempo e si dilegua fino alla completa scomparsa dei noduli eritematosi palustri. Questo periodo terminale è caratterizzato dalla desquamazione dell'epidermide in corrispondenza della sede dell'eritema.

Oltre l'evoluzione che segue questa eruzione, essa presenta un tratto caratteristico per ciò che concerne la sua natura, consistente: 1. nella sua comparsa nel corso dell'avvelenamento malarico, rappresentato di già da uno o più accessi di febbre; e

2. dalla sua attenuazione dopo l'attuazione della cura appropriata, cioè a dire la medicatura chinica.

La *diagnosi*, pertanto, di questa varietà di eritema sarà basata sui dati da me esposti, e che, in complesso, sono i seguenti: 1. la precedenza di uno o di più accessi di febbre palustre; 2. le alterazioni di acuità e di attenuazione che l'eruzione segue nel suo corso parallelamente a quelle della curva termometrica; 3. l'assenza delle manifestazioni reumatiche, dei sintomi della tubercolosi e di altri stati patologici che possono essere accompagnati da questa efflorescenza cutanea; 4. il suo immediato miglioramento consecutivo alla somministrazione della chinina, la quale evidentemente abbrevia il tempo della sua regressione e ne previene la riproduzione.

Morfologicamente, poi l'eritema nodoso di origine malarica sembra che non offra niente di particolare: il suo processo intimo non differisce in apparenza, da quello che sopravviene sotto l'influenza di altre cause. Le accurate ricerche istologiche dovute a Leloir sulle diverse forme di eritema dimostrano che è l'iperemia essudativa il processo dominante.

Havvi inoltre una dilatazione dei vasi del derma donde risulta il trasudamento del siero contenente una certa proporzione di leucociti e molte emazie. A questo periodo di iperemia ne segue un secondo evidentemente infiammatorio. Le cellule proliferano, l'essudato diventa fibrinoso: lo stravaso delle emazie si esagera; tra le maglie del tessuto cellulare sottostante il liquido essudato non contiene, se non abbastanza raramente, la fibrina.

Sonovi adunque due tappe ben distinte nella evoluzione di questa dermatosi; quella della iperemia essudativa che apre la scena e può ripetersi a molte riprese, e quella della essudazione fibrinosa della proliferazione cellulare, casatteristica del processo infiammatorio. Sono questi gli attacchi iperemici che, al momento dell'accesso febbrile, fanno aumentare il rossore delle macchie e la rilevatezza delle placche. Dal momento che questi attacchi scompaiono per la influenza della cura, il processo infiammatorio di già cominciato, non tarda a subire un'attenuazione progressiva; l'essudato si riassorbe insieme alla materia colorante dei globuli sanguigni stravasati.

Questo periodo regressivo avrà un decorso tanto più pronto per quanto più prestamente sarà stato istituito il trattamento curativo patogenico.

In considerazione dei dati che vi ho forniti a proposito di questa determinazione cutanea della malaria, voi sarete capaci, o signori, da ora innanzi, a riconoscerla, come pure a farla dileguare in breve elasso di tempo mercè la cura appropriata indicata dalla sua origine palustre.

CIRCA L'INANIZIONE NELLA MORTALITÀ INFANTILE DEL 1° MESE DI VITA

per il dott. ALFONSO NASI.

I. *Mortalità in generale.* — È certo che al paragone di altre nazioni civili, l'Italia fa poco, molto poco per tutelare la salute dei bambini; e sebbene la mortalità generale non ne sia presso di noi elevatissima, ciò non vuol dire si debba stare colle mani in mano piuttostochè andar in cerca del meglio e dell'ottimo. Che se pure, adoperandoci così poco, possiamo lusingarci vedendo che altre nazioni stan peggio di noi, dobbiamo pensare che molte altre stan meglio; così la Francia, la Scozia, la Norvegia, la Grecia, l'Inghilterra, il Belgio, la Rumania, ci offrono statistiche di mortalità infantile più confortanti delle nostre (1).

Da queste statistiche risulta che il contingente maggiore è dato dai bambini del 1° anno di vita e più precisamente del 1° mese; ma sulle cause vere di tale mortalità resta vasto campo alla discussione. Difatti, a compilar bene una statistica, o meglio perchè questa statistica riesca profittevole, importa innanzi tutto che dalle fonti prime alle quali si deve attingere non si rimanga fuorviati: e queste fonti, nel caso nostro, sono i certificati di morte che i medici debbono, il più delle volte, non per colpa loro firmare a casaccio. Io credo pertanto che tutti o quasi tutti i casi che si trovan notati di scrofola, tubercolosi, rachitide, malattie rare nel 1° mese di vita, non siano che casi puri e semplici d'inanizione.

Ritorneremo più tardi su questo argomento: diamo per ora un rapido sguardo alle maggiori cause d'errore ed avvisiamo qualche mezzo onde ovviarne per un poco almeno gli inconvenienti. Nella maggior parte delle nostre campagne (2) chi assiste ai parti, e quindi chi deve prima porgere assistenza al neonato è la levatrice. Che oggi queste levatrici escano dalle scuole più o meno esperte di ostetricia, io non discuto; ma quello che è certo e che io stesso ho potuto riscontrare: di assistenza ai bambini ne sanno

---

(1) Son debitore all'egregio Dott. GIUSEPPE CERAMELLI d'un importante statistica del Comune di Modigliana (Toscana) pel quadriennio 85, 86, 87, 88; e però del suo buon animo gli porgo i più vivi ringraziamenti.

(2) Prendiamo a disamina questo lato della quistione come quello che lascia più a desiderare circa il controllo del medico.

poco o punto. Non pretenderei delle arche di scienza, ma solo delle assistenti intelligenti e pratiche, che non si lasciassero influenzare da menti ignoranti e superstiziose e che fossero meno parche nel richiedere consiglio ed aiuto ai medici, ai quali spesso non resta che verificare il danno da loro arrecato.

Delle levatrici abusive non parlo, restano un punto nero che, se non si riesce a cancellare, arrecheranno sempre i danni maggiori. Toccherebbe invece al medico esercitare speciale sorveglianza sui neonati; ma la questione è difficile a risolversi, massime quando si conosca bene la vita del medico condotto. In campagna infatti chi chiama il medico per un neonato? Egli non è là che per firmare i certificati di morte e firmarli (diciamolo pure) a distanza e a buon senso. Di fatto potrebbe sempre dalla visita al cadaverino formulare la causa giusta di morte? Gli è sempre questa visita possibile? Nelle campagne ci troviamo di fronte a nati legittimi ed illegittimi, con questi ultimi vogliam dire dei bambini che provengono dalle case di maternità o dai Brefotrofi. Circa i primi: se al medico fosse data notizia d'ogni nascita, se venisse informato da chi assistè al parto o prodigò le prime cure se il bambino nacque a termine o no, se debole o meno, se sarà allattato al seno materno o dato a balia: è certo che egli munito di tutte queste informazioni potrebbe all'occorrenza recarsi sopra luogo, dare istruzioni, evitare una catastrofe o almeno essersi fatto un'idea del caso in discorso, ad ammaestramento per l'avvenire. Non molto diverse potrebbero correr le cose pei nati illegittimi: si sa che i bambini dei Brefotrofi vengono generalmente affidati a balie del contado; spesso avviene che dette balie si presentano all'Istituto per la visita d'idoneità ad allattare. Qui purtroppo (in generale) non si guarda tanto pel sottile, ma spesso senza pretendere dalla richiedente un certificato del medico condotto del luogo di provenienza (il quale interpellato lo ha magari rifiutato), si rilascia un piccolo bambino da allattare ad una donna che per smania di un piccolo guadagno, forse non esitò a slattare il suo nato anche se questi era in tenerissima età. Ne avviene di conseguenza che il nato legittimo mal nutrito e negletto se ne va all'altro mondo e l'illegittimo, sotto le cure di chi non ebbe cuore per un suo nato, non tarderà a seguirlo, essendogli mancato forse il nutrimento, certo l'assistenza ad ogni buon allevamento necessario. Un'altro bambino però verrà rilasciato a tal nutrice e questi pure seguirà la sorte dei primi (1).

---

(1) Son felice di segnalare fra gli altri Istituti quello dell'Infanzia Abbandonata di Torino ove la sorveglianza alle balie ed ai bambini è davvero ammirevole. Ai Dott. Boetti e Copasso i miei rallegramenti.

Al medico pertanto che si trova nuovo in una condotta, sfugge spesso questa ragione semplice di morte che si può riassumere in mancanza di nutrizione e di assistenza. Egli, brancolando nel bujo, non s'accorge che più della ignoranza; la cattiveria e l'allattamento mercenario sono la causa del male (1). Non v'ha dubbio il fare la balia oggi è divenuto un mestiere; lo può dire chi si trovò a molti dei casi sopranarrati; chi vide alcune donne affidare con poca spesa il lor nato a mani estranee, per andare a guadagnare un buon mensile presso qualche ricca famiglia, chi infine, frequentando le case di Maternità, si incontrò in nubili contente dello stato di gravidanza che avrebbe loro procurato in seguito un discreto e facile guadagno facendo le balie. Comincino pertanto i medici, e più specialmente quelli di campagna, a firmare con maggior parsimonia i certificati d'idoneità alle balie di mestiere: a queste donne si rilascino con minor facilità (specialmente dai Brefotrofi) bambini ad allattare; si allarghi l'ufficio del medico e se ne faciliti in ogni maniera il còmpito di invigilare su costoro e di persuadere le madri ad allattare i loro nati. Allora avremo fatto un buon passo (2).

II. *Divisione dei nati deboli.*—Abbiamo detto che in molti casi, diversamente notati nei certificati di morte, non si tratta che di inanizione. Che questa possa verificarsi in tutti i bambini è certo, ma dove trova migliore terreno è nei nati deboli, che sono appunto quelli che alla mortalità dànno il maggior contingente. Nei certificati di morte però: *immaturità, debolezza congenita, inanizione,* sono spesso indifferentemente notati: noi cercheremo di precisarne il significato. Da alcuni ostetrici chiamasi immaturo il feto che

---

(1) Abbandonare un bambino ad una nutrice lontano dalla sorveglianza materna, è un volerlo esporre ad uno svezzamento precoce e quindi ad una mortalità del 50, 60, 80 per $^0|_0$. J. Simon—Maladies des enfants.

(2) Il Dott. R. Guaita nel suo lavoro: *la salute del bambino*, accenna all'idea dell'istituzione di un Ufficio speciale di collocamento per le nutrici e per la sorveglianza dei bambini ad esse affidati. Egli da ciò si sarebbe ripromesso grandi vantaggi per la vita dei nostri bambini. Per quanto io rispetti le opinioni dell'illustre pediatra milanese, non credo tanto pratica tale istituzione, e la consorella di Parigi che egli cita in appoggio sta appunto là per dirci che le cose non si sono avvantaggiate di molto e perchè le buone nutrici di giorno in giorno diventano sempre più rare e perchè la buona sorveglianza ne è e ne sarà sempre difficile, spesso impossibile—Si sa che il dare a balia il bambino è un esporlo ai più gravi pericoli; si sa che la balia in casa è prerogativa dei ricchi; si sa ancora che per questi appunto certe donne abbandonano i teneri lor nati per andare a guadagnare il ricco salario promesso: si riconosca, una buona volta, ciò immorale da una parte, inumano dall'altra: e non sarebbe allora piuttosto il caso di bandire una crociata in favore dell'allattamento materno consigliando magari l'allattamento misto? Ci proponiamo pertanto e in tempo non lontano di ritornare sull'argomento.

nasce prima del 9° mese ma dopo il 6° compiuto, ammettono quindi che il feto sia vitale e vitabile solo dal principio del 7° mese in là e dicono aborto l'espulsione del feto prima del 7° mese. Non è nostro còmpito addentrarci in tale discussione; ci piace solo ricordare che nella letteratura medica sono descritti casi di feti nati prima del 7° mese compiuto, tenuti in vita e portati a termine di allattamento. Per non dire di tutti accennerò solo ai casi d'Outrepont, di Kopp, di Redmann, di Budin e alla fine di questo capitolo riporterò in succinto la storia di 2 casi occorsimi presso la Clinica Ostetrica Torinese. Il Budin, nella sue lezioni di Clinica ostetrica, ci dà i caratteri del nato con debolezza congenita « *L'enfant atteint de faiblesse congentiale presente les caracteres exterieurs suivants: un corps petit et grêle un peau molle et trasparente, une respiration incomplete. L'inertie des muscles est frappante, le cris sont sans vigueur, les mouvements de succion sont faibles et insuffisants, parfois même il n'y a pas de deglutition* », sono appunto questi movimenti di suzione deboli e insufficienti, questa mancanza di deglutizione, che non permettono al bambino di sopperire adeguatamente ai bisogni della vita, e però se non si provvede, egli verrà a morire d'inanizione.

L'inanizione, adunque, entra qui come concausa non come causa prima della morte, la quale è da attribuirsi invece alla debolezza congenita, provenga questa da immaturità (nati anzi tempo) o da deficiente imperfetto sviluppo (nati a termine).

Queste cause riconosceranno a loro volta origine da fatti che noi non prenderemo in disamina.

Ci basti l'aver assodato che tanto i nati immaturi sani o malati, quanto i nati maturi con deficiente, imperfetto sviluppo da stato morboso o meno, debbono essere riguardati come nati deboli.

« *Il nato con debolezza congenita ha i movimenti di suzione deboli e insufficienti, qualche volta non ha nemmeno deglutizione* ». Io mi sottoscrivo alle parole del clinico francese tanto più volentieri, in quantochè v'intravedo la divisione che vorrei fatta dei nati con debolezza congenita circa il maggiore o minor grado di potenzialità nell'introdurre il cibo nel ventricolo — Io non voglio qui intrattenervi sul meccanismo della deglutizione; in proposito esistono già gli importanti lavori di Fiaux, d'Arloing, di Carlet, di Wassilieff, Walton, Mase-Marckwald e di altri; ma voglio solo richiamare la vostra attenzione su ciò che è dato riscontrare ogni giorno nella pratica e nella pratica grossolana. Appena venuto alla luce, il nato debole ha bisogno di succhiare, non potrà come il nato a termine e forte stare 24, 48 ore senza mangiare. Ammettiamo che il colostro fluisca presto e facilmente dalle mammelle

materne, che il capezzolo sia ben conformato, che tutto insomma vada a seconda. Un bambino debole attaccato alla mammella, pur avendo il movimento di suzione e di deglutizione, si stancherà ben presto e la bilancia ci mostrerà che giorno per giorno il suo peso diminuisce e se, stando a quanto afferma CHAUSSAT: « *basta che gli animali perdano 1/5 del loro peso per arrivare alla morte per fame* », noi vedremo in breve mancarci questo piccolo essere — Un altro bambino esso pure nato debole farà tentativi di suzione insufficienti a far uscire il latte del seno materno, eppure se gli introdurremo in qualche modo un po' di latte in bocca, egli lo inghiottirà — Un altro infine nè vi farà movimenti di suzione, nè di deglutizione. Sono questi i casi che, come fa osservare il VIERORDT, si comportano in modo affatto passivo quando penetra il latte nella loro bocca.

Possiamo adunque distinguere i nati con debolezza congenita, per quanto riguarda l'introduzione del cibo, in 3 categorie:

a) quelli che hanno, sebbene deboli e insufficienti, tanto il movimento di suzione quanto quello di deglutizione.

b) quelli nei quali il movimento di suzione è nullo o quasi, mentre persiste ancora quello di deglutizione.

c) quelli nei quali manca affatto sì l'uno che l'altro.

Diverso quindi a seconda dei casi il nostro intervento.

III. *Allattamento materno nei nati deboli.* — Se l'allattamento materno è ciò che v'ha di meglio pel nato robusto, non v'ha dubbio di sorta che questo s'imponga maggiormente pei nati deboli. — Però in tale allattamento, oltre alle difficoltà provenienti dalla debolezza congenita del neonato, dobbiamo tener conto in principal modo delle imperfezioni che possonsi avere nell' organo mammario, imperfezioni già esistenti, quali ad es. l' introflessione e la cortezza del capezzolo, imperfezioni sopravvenienti quali le ragadi, le fenditure, le erosioni. Tali condizioni, sfavorevoli in donna con ferma volontà di allattare, impongono al pratico d' intervenire pel suo meglio. A tal' uopo appunto è suggerito l'uso delle tettarelle.

Facendo solo menzione della tettarella di BAYLLY, che importa già troppa fatica anche pel nato forte (1), vogliamo dire delle tettarelle di SMESTER, AUVARD o BUDIN succedutesi a poca distanza e non molto dissimili l'una dall'altra. Voi già le conoscerete e però non vi spendo molte parole—La tettarella di AUVARD si compone di una cupola conica in vetro come quella della tettarella di BAYLLY; al vertice però essa è chiusa. Dai suoi lati partono due tubulature in gomma: una termina con un raccordo in vetro, al quale va

(1) Ci dispiace con ciò di contradire Tarnier e Chantreuil.

innestato un capezzolo di gomma munito internamente di valvola.

A questo capezzolo dovrà poppare il bambino quando mediante l'altra tubulatura (terminante in un bocchino di porcellana) la madre avrà istituito il vuoto nella cupola, e il latte uscirà dalla mammella. La tettarella di Smester (inventata pare un'anno prima) ritrae ancor più della primitiva tettarella di Baylly, però il capezzolo innestato al vertice porta pure internamente una valvola. Da uno dei lati della cupola si diparte la tubulatura in gomma per la quale la madre dovrà fare il vuoto; alla sua estremità esiste una valvola. Smester chiude la descrizione del suo apparecchio confessando francamente che questa tettarella in pratica non corrisponde bene come in teoria; ed egli attribuisce il fatto all'imperfetto funzionamento delle valvole.

Budin, infine, ha modificato la tettarella dell'Auvard dando una forma sferica alla cupoletta conica, primitiva e togliendo anche l'unica valvola esistente. Egli crede così possa essere facilitato maggiormente al nato debole l'ingestione del latte.

Comprendiamo gli inconvenienti delle tettarelle dello Smester e dell'Aúvard: la sola valvola del capezzolo è insufficiente a che il vuoto nella cupoletta possa farsi perfetto quando il bambino dal canto suo non succhia ; è invece un impedimento alla fuoruscita del latte quando il vuoto istituito dalla madre diventa considerevole aiutato dai movimenti di suzione del neonato. Nella tettarella dell'Auvard, solo quando la madre smetterà di succhiare, il bambino potrà inghiottire liberamente il latte fuoruscito dalla mammella; ma anche la tettarella si staccherà dal seno, inconveniente questo da tenersi in qualche conto. Lo possono dire quelle disgraziate madri che, affette da malattie dei capezzoli, hanno fatto uso dei tiralatti comuni o d' altri apparecchi : sono massime i primi movimenti d' aspirazione che producono i più atroci dolori.

Lo Smester ha tentato di ovviare a questo inconveniente, ma l'insufficienza delle valvole si è opposta al funzionamento perfetto dell'apparecchio. Queste due tettarelle però dànno sempre discreto risultato anche nei nati deboli che conservano il movimento di suzione — Il Budin invece pare abbia voluto adattare la sua tettarella anche a quelli che hanno nullo o quasi questo movimento. La madre fa il vuoto stringendo fra le dita il tubo di gomma che va alla bocca del bambino per lasciare poi liberamente e continuamente colare il latte dal capezzolo — Egli non tien conto dello staccarsi o meno della tettarella — Questo colare che fa il latte continuamente nella bocca del neonato è un bene? Il bambino normalmente introduce il latte nel suo stomaco con due movimenti che si succedono ad intervalli ben definiti. Immediatamente dopo

il movimento di suzione, segue quello di deglutizione; fra quest'ultimo ed il nuovo movimento di suzione, corre una breve pausa, di tanto in tanto sostituita da un movimento di inspirazione. Fatto il movimento di suzione, di latte nella bocca del bambino non ne penetra più, fintantochè quello già introdotto non è stato deglutito; se ne penetrasse, il bambino avrebbe ostacolato l'atto inspiratorio che di tanto in tanto è pur costretto a fare. Una conferma di ciò l'abbiamo quando si somministra impropriamente il latte col cucchiaio o quando il bambino applicato immediatamente al seno, per il gran vuoto istituito, fa uscire di continuo e in gran quantità il latte dalla mammella (1) o dal capezzolo del biberone. Può talora un nato forte trangugiare il liquido accelerando i movimenti di deglutizione e servendosi magari delle sole vie nasali per respirare; ma noi sappiamo che ciò non avviene nel nato debole, che a compimento di tale atto ha bisogno del concorso di tutti i muscoli che vi presiedono.—Per me e per chi giudichi spassionatamente la tettarella del Budin potrà come quelle dello Smester e dell'Auvardt riuscire di qualche utile pel nato forte, ma non sarà mai di un utile reale per la nutrizione dei nati deboli che spesso mancano di tale movimento.

Per questi, lo ripetiamo, importa che il latte penetri in bocca imitando quanto più è possibile il modo fisiologico; la mia tettarella mira appunto a ciò e mi lusingo che la si vorrà prendere in considerazione (2).

L'apparecchio si compone (vedi figure I e II) di una cupoletta in vetro A ricurvata al vertice e terminante in un rubinetto H che aperto, lo mette in comunicazione con un serbatojo sottostante B pure in vetro. Questo serbatojo superiormente ha una tubulatura I, alla quale si innesta una grossa palla di gomma L; inferiormente termina in un beccuccio che può essere dritto (figura I.), o incurvato lateralmente (fig. II.) e su cui si dispone una valvoletta F, a ridosso della quale va messa l'estremità di un tubo di gomma che porta una piccola pallottola pure in gomma, che coll'altro suo capo si unisce ad un'allunga in vetro D, munita internamente di un'altra valvoletta G. Viene poscia una tettina ordinaria.

Istituito il vuoto nell'apparecchio mediante la grossa palla di gomma L, il latte fuoruscendo dalla mammella pel proprio peso

(1) La cosidetta ritornata della latte (Toscana).
(2) Non disponendo ancora di un modello in vetro, per mancata promessa del fabbricante, ne presentai alla sezione pediatrica del Congresso di Padova (*settembre 1889*) il solo disegno.

colerà nel serbatojo B, di qui premendo opportunamente la piccola pallottola C, il latte penetrerà nella bocca del bambino che non succhia o succhia malamente. Converrà però aver prima chiuso il rubinetto H, e premere magari la grossa palla L per facilitare la discesa del latte attraverso la valvola F. Mentre funziona l'apparecchio iniettore F,C, D,G, essendo il rubinetto H chiuso, nella cupola A persiste ancora il vuoto, quindi il latte seguiterà a fuoruscire dal capezzolo; e però appena smaltita la prima quantità raccolta, si riaprirà il rubinetto H, e ripetendo le solite manovre, si potrà alimentare il bambino fino alla sazietà senza dover staccare e riattaccare la tettarella dal seno materno, attacco e riattacco che in certi casi è causa di atroci sofferenze, (ragadi, escoriazioni). Con questa tettarella abbiamo già il grande vantaggio che la madre non resta defatigata dalla suzione che dovrebbe fare colle altre tettarelle, poi l'asepsi ne è più facile e sicura, non avendo più a che fare con lunghi tubi di gomma, ma con una pallottola quasi sferica che sarà bene ogni volta lavare e mettere in una soluzione d'alcool o acido borico previo abbondante lavacro con acqua distillata. Lo stesso dicasi della valvoletta e della tettina. Vi ha ancora la parte in vetro che dovrà lavarsi in acqua distillata fredda o bollente e l'apparecchio aspiratore in gomma che non dovendo mai venire a diretto contatto col lattte, basterà sia di tanto in tanto passato ad un bagno di soluzione borica o fortemente alcoolizzato (1).

Gli annessi disegni rappresentano la tettarella montata per l'alimentazione dei nati deboli che non hanno movimenti di suzione (fig. I.) e la tettarella montata per usi ordinarii (fig. II). Per questi ultimi casi, come si vede, non si ha che a levare l' apparecchio iniettore in gomma meno la valvoletta F, a ridosso della quale andrà applicato il capezzolo E, munito d'un ordinario cerchietto d'avorio (2).

(1) Alla Maternità di Parigi ebbi occasione d'incontrarmi in una povera madre il cui bambino di 3 mesi non poteva più succhiare. Essa adoperava la tettarella Budin. Mi disse che le era con quella possibile far deglutire al suo bambino qualche po'di latte, ma che per lei era un vero martirio dover fare il vuoto nella tettarella. Aveva difatti la mucosa orale arrossita e dolentissima al tatto. Oltre a ciò i lunghi tubi di gomma, per quanto ella e le assistenti si adoprassero, mandavano un'odore sgradevolissimo.

(2) Preoccupato dalla complicanza dell'apparecchio, a fig. I ho avuto in animo di apportarvi un'essenziale modificazione: pertanto, essendo già compiute le bozze di stampa di questo mio lavoro, per non recarvi notevole correzione, ho creduto meglio rimediare con questa nota alle precedenti descrizioni e figure.
Il modello di questa mia tettarella deve oggi ritenersi quello a fig. II privo anche della valvola F. Stretta la grossa pallottola L, a rubinetto H aperto, si applica la tettarella al seno stringendo fra 2 dita il capezzolo E, e si rilascia la palla aspiratrice L. Il latte fuoruscirà dalla mammella e riempirà più

IV. *Allattamento artificiale dei nati deboli.* — Come in tutti i casi d'alimentazione artificiale, anche pei nati deboli converrà servirsi dei poppatoi.

Ma, ch'io mi sappia, questi più o meno ammettono tutti un movimento di suzione (1).

Come nella tettarella che già vi ho descritta, anche qui ho ricorso all'identico apparecchio iniettore, applicato al poppatojo che qui vi presento (2).

Una boccetta in vetro A, tutta liscia, leggermente schiacciata ai lati e ad angoli smussi, divisa da linee che ne segnano ciascuna la capacità di 25 cc. Essa è chiusa da un turacciolo pure in vetro A forato nel suo centro. Per questo foro penetra liberamente una cannuccia in vetro B. Alla sua estremità, che pesca nel liquido, questa cannuccia porta una piccola valvolotta F. Del resto l'apparecchio iniettore è applicato come nella tettarella (Raffronta le figure I e III) (3).

Circa la preparazione del latte per questi bambini nati deboli non uso più servirmi di decozione d' orzo o d' avena ma dell' acqua semplice , mista a latte pure bollito e nella proporzione di 1 di latte e 4 d'acqua, per crescere man mano , se lo vedo ben tollerato, la proporzione del 1° riguardo a quest'ultima. Della aggiunta di zucchero di canna, di gomma e di sale mi son trovato benissimo; all' aggiunta invece dell' acqua di calce preferisco il bicarbonato di soda. Il mio biberon pertanto, unico ch'io mi sappia, rende facile l'alimentazione anche artificiale dei nati deboli delle 2 prime categorie e fa ammettere solo per quelli che mancano e del movimento di suzione e di quello di deglutizione l'uso dell'alimentazione forzata (4).

---

o meno il serbatojo. Si chiude il rubinetto H e si rilascia la tettina di gomma. Se il bambino è forte succhierà da per sè il latte raccolto; se è debole stringendo ancora e convenientemente la palla aspiratrice L essa farà da apparecchio iniettore.

Di questa modificazione, parmi importantissima, debbo la prima idea allo Ecc.^{mo} Prof. Guaita di Milano, e la conferma per l' attuazione al caro ed egregio amico Dr Luigi Bordè. Ad entrambi porgo, col dovuto tributo, i più vivi ringraziamenti.

(1) Difatti, quando i bambini non succhiano, o si tenta dar loro il latte col cucchiajo o la tazza o si sottopongono all'allattamento forzato.

(2) Tale poppatojo presentai alla sezione pediatrica di Padova, che lo accolse benignamente (vedi atti XIII Congresso Medico).

(3) Quando si voglia far servire questo poppatojo per l'allattamento ordinario non si ha che a levare la cannuccia B coll'apparecchio iniettore F, C, D, R e sostituire un' altra cannuccia pure in vetro a lume più stretto e a pareti più robuste che ne rendono pressochè impossibile la rottura (v. fig. IV.).

(4) Non intendo con questa l'alimentazione pel naso descritta da Henriette (Bull. de l'Academie de Méd. de Bruxelles—(1852 53) e da Moxez (Lancet 1869) ancor meno pratica dell'alimentazione colla sonda (*gavage* dei francesi).

Io non descriverò tale pratica già presso di noi conosciuta e studiata dal RIZZOLI, dal FABBRI (1), dal BELLUZZI per non dire di altri, ma riferisco in succinto la storia dei due casi occorsimi nella Clinica Ostetrica Torinese nel giugno di quest'anno.

Riguardano 2 feti nati prima del 7° mese compiuto e più precisamente l'uno nella 1ª l'altro nella 2ª metà.

Il 1° pesava 1500 gr. il 2° 1800. In entrambi mancava tanto il movimento di suzione che quello di deglutizione; in tutti due fu praticata l'alimentazione forzata. In principio furono nutriti con una decozione di avena nella proporzione di 4|5 d'acqua su 1|5 di latte bollito, gomma, zucchero e sale: più tardi si sostituì al decotto l'acqua pura bollita e sempre nella stessa proporzione col latte. I due neonati si mantennero nella incubatrice TARNIER fra 30 e 35. Essendosi al 4° giorno verificate in essi edemazie estese a tutto il corpo insieme a scariche diarroiche, furono sottomessi a dieta rigorosa e fatti segno a speciali attenzioni.

Dopo pochi giorni erano già notevolmente migliorati e provati alla mammella succhiarono qualche poco (2).

Il funicolo ombellicale cadeva all'uno 9 giorni all'altra 6 giorni dalla nascita. Al 12° giorno il 1° poppava già sufficientemente alla mammella, il 2° al 9° faceva lo stesso.

Per volontà delle madri il 1° uscì dalla clinica dopo 15 giorni e alla bilancia aveva dato successivamente (dal 15 giugno p. p.) questi risultati:

gr. 1500—1540—1520—1580—1600
1650—1720—1700—1695—1650
1580—1550—1522—1500—1430

Il 2° all'11° giorno, sempre per volontà della madre, fu portato in campagna: avea dato alla bilancia (dal 18 giugno p. p.) successivamente questi risultati:

gr. 1800—1770—1800—1755—1730—1750
1815—1780—1790—1820—1800

Entrambi questi bambini non furono nutriti dalla madre. Del 1°, cioè di quello che dava minori speranze (accennando ad una diminuzione di peso), seppi un mese dopo che poppava benissimo e prometteva bene.

Al contrario rividi il 2° io stesso dopo 15 giorni e lo trovai in pessimo stato. Il poverino era seminudo, esposto all'atmosfera

(1) È appunto al Prof. E. F. FABBRI che dobbiamo la denominazione di tale pratica in lingua tutta italiana: *allattamento forzato*.

(2) Avevamo forse a che fare con quegli edemi da ipernutrizione cui accenna TARNIER.

d'una camera umida e fredda, per lui abituato all'alta temperatura dell' incubatrice. Veniva nutrito talora da una disgraziata chissà da quanto tempo lattante, del resto la madre gli faceva bere al cucchiajo del latte di vacca nè cotto nè allungato con acqua. Dopo un mese era ridotto a pelle ed ossa.

Non potei ricominciare l'allattamento forzato perchè privo di ogni mezzo e comodità trovandosi la famiglia vari Km. distante da Torino.

Ricordo che il medico condotto del luogo quando vide il bambino, fece le maraviglie che un collega avesse solo sperato di tenere in vita un simile aborto: eppure io mi lusingo, che se quel bambino fosse stato ancor qualche giorno nella clinica avrebbe potuto come l'altro, più aborto di lui, sfuggire alla morte (1).

Ho voluto riportare questi due casi di neonati immaturi come contribuzione allo studio di fatti che attendono ancora una sanzione sicura. Queste due sole osservazioni non mi dànno diritto di tirar qui una illazione decisa: però mentre non presto troppa fede alle asserzioni di osservatori stranieri, sulla possibilità di tenere in vita feti di 5 mesi o 5 mesi e mezzo di vita intrauterina, io credo che le difficoltà diminuiscano, che i successi anzi non debbano essere infrequenti in età più avanzate. Già il Moriggia nel 1873 aveva trovato deciso potere digestivo nello stomaco d'un feto fra il 5° e 6° mese e Langendorff nel 1879, sin dal 4° mese vi aveva rinvenuta la pepsina. Pertanto oggi, dopo le ricerche di Ritter, di Schiffer, di Korowicc per l'azione diastatica salivare, di Korowicc stesso e di Zweifel per la digestione degli albuminoidi e la emulsione dei grassi nei neonati, è lecito ritenere non del tutto infondate le speranze di tenere in vita bambini nati dal 6° al 7° mese.

V. *Allattamento in generale.*—Sin qui abbiamo detto dei soccorsi da prestarsi ai nati deboli perchè non abbiano a soccombere all'inanizione. Ma, come più sopra abbiamo detto, non solo nei nati con debolezza congenita si riscontra questa causa, ultima di morte, ma vediamo spesso nati forti dare per la stessa ragione gran contingente alla mortalità. Infatti per trascuranza della madre stessa o di chi la circonda, può venir somministrato al neonato un cibo impossibile a digerire, e però egli finisce per rifiutarlo cadendo

(1) Colgo quest'occasione per ringraziare il Prof. Tibone e i suoi assistenti d'essermi stati larghi di consigli e di cortesie; serberò pure grato animo alle gentili Signorine Valle, Riolfo e Rivalb, nonchè all'egregio Dottor Prever del gentile avuto prestatomi.

poi in tale stato di atrepsia da rientrare nella categoria dei nati con debolezza congenita (1).

Possono è vero cadere in questo stato per altre cause : mughetto, corizza etc.; ma guardando solo a ciò che può derivare da una alimentazione sbagliata tratteremo in genere della alimentazione naturale mista, artificiale.

VI *Allattamento naturale.*—Sono pochi i casi nei quali un bambino deve essere allontanato dal seno materno, eppure quanti sono quelli dati a balia! È questa una moda, un lusso della moderna civiltà che (mi si dia pur del retrogrado) tende a mutare le donne in uomini per la ragione semplicissima che gli uomini tendono a divenir femmine.

In regola generale il bambino che ha la sfortuna di nascere da una madre poco tenera dell'allattamento, viene affidato ad una balia che per stare in una media bassa dava latte da 6 a 7 mesi. Il disgraziato bambino dovrà quindi trangugiare un latte disadatto alla sua tenera età: se egli è forte quasi sempre vincerà nella lotta, se poi è nato debole quasi sempre dovrà soccombere (2).

Riportiamo le analisi che CLEMM pel colostro, e VERNOIS e BECQUEREL ci dànno del latte di donna al 6° o 7° mese di latte :

	Colostro		*Latte al 6° m.*	*al 7° m.*
	1° giorno	2° giorno		
Acqua	842,90	867,88	901,51	891,35
Sost. solide	157,10	132,12	98,49	108,65
Albumina	» »	» »	» »	» »
Caseina	» »	21,82	38,63	38,86
Zucchero	» »	60,99	42,00	44,81
Burro	» »	48,63	16,57	24,35
Sali	5,12	3,10	1,29	1,26

Di qui risulta che la grande quantità di caseina, la scarsezza dello zucchero e dei sali non possono che rendere disadatto alla nutrizione del neonato il latte del 6° e del 7° mese. Si sa che le

(1) JACQUEMIER accenna a bambini generalmente grassi, paffuti, coloriti, che sembrano in florida salute ; che dormono molto, gridano poco, e che non sentono quasi affatto il bisogno di succhiare; inghiottiscono volentieri il liquido che loro si porge, ma appena si mette il capezzolo nella loro bocca, essi si fermano dopo i primi moti di suzione. Dopo 5 o 6 giorni però declinano e se non sono soccorsi muoiono d'inanizione.

(2) Nel leggere il lavoro già citato dell'egregio Dr. R. GUAITA, al capitolo: *allattamento del bambino e scelta della nutrice* abbiamo applaudito all'opera sua generosa e vorremmo che tali scritti si moltiplicassero perchè le madri si ricredessero una buona volta d'abbandonare a mani estranee i loro bambini, invece di essere (per dirla col ROUSSEAU) veramente madri, allattando esse istesse i loro nati.

proprietà purgative del colostro sono appunto dovute alla poca caseina, al molto zucchero e ai molti sali che contiene. Questi ultimi, secondo PLÖGER, rallenterebbero e renderebbero difficile la formazione di un coagulo solido del latte sotto l'azione del presame. È forse per questo che i bambini neonati nutriti da balia al 6° o 7° mese di latte emettono più tardi e sovente con grandi stenti il meconio, spesse volte misto a coaguli di caseina indigerita.

Ho detto forse perchè, se HEINTZ, SELMI e HAMMARSTEN hanno messo fuor di dubbio la coagulazione del latte per mezzo del presame, RAUDNITZ non avrebbe trovato quest' ultimo in quantità dosabile che nelle acque di lavatura dello stomaco di 2 bambini di 6 mesi nutriti col latte di vacca; mentre nei bambini di 1 a 7 giorni non ne trovò che pochissimo o affatto. Per noi deve rimanere assodato che il pretendere che un bambino di pochi giorni possa con facilità digerire un latte di parecchi mesi equivale a fare uno strappo alle regole più elementari della fisiologia, e mi ricordo appunto di un egregio collega, mio carissimo amico, che per aver dovuto fare questo strappo, espose la sua bambina a coliche e ad una stitichezza tale, che le feci emesse a forza di piccoli clisteri serbavano una durezza calcarea. Questa bambina era forte e però potè resistere fino a tanto che le venne cambiata la balia (1).

Non va incontro a questi inconvenienti il neonato che succhia, sin dai primi giorni, al seno materno; e però se certe madri che potrebbero essere buone nutrici pensassero a ciò, se pensassero all' attentato che compiono alla vita del lor nato, affidandolo a mani mercenarie; se certi medici non fossero troppo teneri con certe loro clienti, se invece di dar consigli su ciò che magari possono ignorare confessassero francamente la loro incompetenza, non dovremo registrare tante morti di piccoli bambini (2).

VII. *Allattamento misto.* L' abbiamo già detto: i casi ove le

---

(1) SIMON vorrebbe che il latte della balia a scegliersi non sorpassasse la età di 3 mesi, giammai poi quella di 6. Ma il bambino di questa nutrice? Che ne sarà di lui? Non è facile imbattersi in buona balia alla quale sia morto il bambino in sì tenera età. D'altra parte se ella ha rinunciato d'allattare il suo nato per smania di lucro, noi sconsigliamo d'affidare a tal femmina un nuovo bambino.

(2) « Abbandonare il bambino ad una nutrice che l'alimenti presso di sè, lontano da ogni controllo, è un volerlo esporre ad uno svezzamento precoce, al rachitismo, ai disturbi intestinali, e troppo frequentemente alla morte. Tenete per certo che la nutrice che promette di dare il seno al piccolo pensionario che ella accetta presso di sè, si propone di nutrirlo con brodi, zuppe ed altre sostanze più indigeste che nutritive ».

J. SIMON.—Maladies des enfants—tom. I° Ed. III. pag. 257.

madri non possono allattare i lor nati devono ritenersi rarissimi; buona parte di quei pochi viene ancora eliminata coll'uso delle tettarelle. Quando si prevede insufficiente il latte materno col crescer dell'età del bambino, non si esiti a consigliare l'allattamento misto, sempre però che si abbia la fortuna d' imbattersi in una donna con ferma volontà di allattare, giacchè questo allattamento fatto senza cure speciali non può dare buoni risultati (1). Io non accenno che alla pratica di questo allattamento, giacchè esso si compendia in quello dell' allattamento naturale e allattamento artificiale. Pertanto senza commenti nè aggiunte, nella possibilità che questo mio lavoro pervenga nelle mani di qualche madre incerta ancora sul da farsi; a sola materia di questo capitolo credo opportuno riportare quanto può leggersi nel trattato d' ostetricia del Cazeaux e Tarnier in proposito dell' allattamento misto dei bambini:

« Vi son donne che non desiderano molto allattare ; le quali spaventate dai sacrificii che questo dovere loro impone, dalle fatiche inseparabili del medesimo , non acconsentono a nutrire il loro figliuolo se non dietro le preghiere del marito o della famiglia, talvolta anche per una specie di rispetto umano, e che non domandano di meglio che avere un pretesto per riuscirvi ».

E più oltre:

« Ma vi sono delle donne che spingono l'amor materno fino alla gelosia e che non possono abituarsi all'idea che il loro bambino debba essere nutrito da un'altra donna. Esse sono ben decise a fare tutte le prove possibili prima di affidarlo ad una balia. Certamente tal sentimento è troppo lodevole perchè il medico sia in obbligo di tenerne conto. D'altra parte i vantaggi che il neonato trova nelle attente e affettuosissime cure prodigategli dalla madre compensano l'imperfezione del latte, ed io non veggo nella maggior parte dei casi alcun inconveniente che si tenti l'allattamento misto, a condizione però di sorvegliare con la massima diligenza la salute del bambino e di ricorrere ad una balia non appena si scorgerà che esso sembri soffrirne. Lo stesso dicasi per le giovani madri cui la posizione di fortuna non permette di prendere una balia in casa. I bambini allontanati dalla casa materna, sono esposti a troppe condizioni sfavorevoli ed è tanto raro trovare delle donne le quali non essendo sorvegliate, compiono coscienziosamente l'obbligo immenso accettato, che non esito a preferire l'allattamento misto, all'allontanamento del bambino ».

(1) Così Rousseau: Pour cela (allaitement mixte) il y a une autre avantage: c' est d' obbliger la mére à s' occuper personellement de son enfant et par suite à exercer cette surveillance de tous les instants sans la quelle il n'y a pas de bon elevage.

VIII. *Allattamento artificiale.* — È un fatto che l'alimentazione artificiale trova presso i pratici una grande disistima. Eppure io sono convinto che se i medici ci si fermassero un po' su, e la studiassero più da vicino, ne verrebbero a più miti consigli. Noi pertanto in questo capitolo ne prenderemo a disamina i fatti principali e cercheremo di scagionarla dalle maggiori accuse che le son mosse.

È oramai noto che l'allattamento artificiale si fa col latte di varii animali, ordinariamente col latte di vacca. L'appunto principale che si fa a questo latte è d'esser troppo ricco di caseina e di burro: di fatto, stando sempre alla analisi di Vernois e Becquerel pel latte di donna al 7° mese, e di Moleschott pel latte di vacca, troviamo che mentre:

il 1° ha: 38,63 di caseina e 16,57 di burro
il 2° ha: 48,28 » » e 43,65 »

La grande sproporzione esiste quindi per il burro. Si sa che un eccesso di grasso può dar luogo ad una formazione abnorme di acidi grassi liberi nell'intestino, donde una neutralizzazione del succo pancreatico, una deficienza d'acido fosforico, o meglio glicerofosforico, una mancante formazione di tessuto osseo, infine la rachitide. Io non credo per tanto si debba nell'alimentazione col latte di vacca, riconoscere una causa etiologica sì possente della rachitide, tantopiù non lo credo inquantochè, senza voler qui discutere le cause di tale malattia, io ho visto in luoghi dove la alimentazione artificiale col latte di vacca era purtroppo ancora un mito, svilupparsi la rachitide tanto, che quasi nessuna famiglia ne era immune. Però anche il latte di donna può essere tanto ricco di grasso da costringere a mutar regime al bambino. Wegscheider infatti trovò in gran copia acidi grassi liberi nello intestino di lattanti che facevano uso di solo latte di donna.

V'ha di più: il latte di donna bisogna accettarlo qual'è più o meno ricco di caseina, più o meno di grasso: il latte di vacca può venire corretto. Già una parte della sua albumina va perduta colla semplice ebollizione, giacchè la pellicola che si forma sopra il latte bollito, consta appunto per la più parte di albumina e grasso. Allungandolo poi per 2|3 o 3|4 o 4|5 con acqua bollita, tanto la sua caseina quanto il burro vengono portati ad una proporzione piccolissima (1). Non parlo degli apparecchi per togliere il grasso, ammettono già un lavoro non indifferente, impossibile

(1) Degli esperimenti che ho potuto fare in proposito nel Gabinetto d'Igiene dell'Università di Torino, rendo sentite grazie all'Ecc.^{mo} Prof. Maggiora che mi fu maestro gentile.

nella pratica privata, ma possibilissimo, anzi da sfruttarsi negli asili pei lattanti.

Corretta l'eccessiva quantità di burro e il soprapiù di caseina, resta ancora una differenza forse la più notevole, fra l'uso del latte di vacca e l'uso del latte di donna, voglio dire del modo speciale di coagulazione della caseina nell'uno, rispetto al modo di coagulazione nell'altro. È questo un fatto al quale non si è ancora e forse non si saprà mai porre rimedio; ma è pur vero che fu possibile lo stesso far digerire, e bene, la caseina del latte di vacca anche a bambini di età tenerissima.

Fra le altre accuse contro l'alimentazione artificiale noteremo quella mossale dal Dr. Sejournet nel suo lavoro *sulla crosta lattea* pubblicato nella *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* L'autore vuol dimostrare che la causa etiologica maggiore di questa affezione dei lattanti deve riconoscersi nell'uso del biberon nella alimentazione artificiale. Io sono con lui e col Bouchard nell'ammettere che la dilatazione di stomaco da alimentazione eccessiva favorisca le fermentazioni e dia luogo a prodotti nocivi e tossici: sono ancora con lui nell'ammettere che questi prodotti tossici riassorbiti possano venire eliminati per gli emuntori cutanei; che la pelle per questo possa infiammarsi e dar luogo alle eruzioni crostose, ma non posso con lui riconoscere nel biberon la causa di tanto male, nè ammettere che i maggiori *ecarts de regime ou la surcharge alimentaire* si abbiano dal solo suo uso. Dal lavoro svolto dall'egregio Dottore appare piuttosto che la poca pulizia sia la causa per la quale questi prodotti tossici possono soffermarsi e agire sulla superficie cutanea (1). Ultimamente il Dott. Brecht di Berlino colle sue statistiche ci ha detto che la mortalità dei bambini nutriti artificialmente è di 7 volte maggiore di quella dei bambini nutriti col latte di donna. È una notizia questa, che di nuovo ha solo l'enormità delle cifre: e si sapeva già che questi bambini morivano principalmente nel 1° anno di vita e di malattie intestinali; e stando ai recenti studi di Baginshy e di Leo si sapeva ancora che le cause di questi catarri gastrointestinali erano dovuti a fermentazioni acide abnormi e alla presenza di bacteri patogeni.

Queste statistiche, questi studi non ci servono che a dimostrare che i cattivi risultati che si ottengono dalla alimentazione artificiale ne provengono dalla trascuranza e dall'ignoranza delle più

(1) Del resto Cazeaux e Jacquemier ammettono che anche nell'allattamento naturale possano verificarsi eruzioni eczematose e impetiginose, e ciò essi attribuiscono alla troppa ricchezza, in principi solidi, del latte, che turba le funzioni digestive.

elementari regole d'igiene. I bambini che vengono assoggettati esclusivamente all'alimentazione artificiale appartengono per la più parte alle classi infime della società, a gente che deve sottostare ad ogni sorta di fatiche e di privazioni. Figurarsi se qui si potrà pretendere una grande assistenza, se si potrà pretendere una osservanza assoluta alle regole d'igiene! Vorrei che si mettessero le condizioni alla pari ed allora la mortalità in questi alimentati artificialmente non potrebbe certamente superare di molto quella dei bambini nutriti con latte di donna.

Del resto altra è la mortalità dei bambini allevati artificialmente da una madre intelligente ed amorosa, altra quella dei bambini affidati a nutrici pagate. *Pour les eleveuses*, dice Boussеас, *a qui l'on confie les enfants c'est une industrie pure et simple, l'esprit mercantile a pries la place de coeur;* di qui lo svezzamento precoce.

Così, diceva Jules Guerin all'Accademia di medicina: *è a questa alimentazione prematura e non all'allattamento artificiale che bisogna riportare tutti questi necrologi terrorizzanti.*

Non mi si affacci la mortalità interna dei Brefotrofi o delle case di maternità, dove spesso si è costretti a praticare l'alimentazione artificiale: questa è affidata ad un infermiera, il controllo medico è insufficiente perchè io ho visto spesso dare a poppare ad un neonato un certo latte, in certe bottiglie, con certi capezzoli da far drizzare i capelli.

L'alimentazione artificiale costa grandi cure e grandi noje; ecco l'appunto principale a muoverle. Essa deve essere regolata da norme ben fisse d'igiene, specialmente riguardo la preparazione del latte e il modo di sua somministrazione. Entro un'apposito pallone di vetro si fa bollire il latte a bagnomaria almeno per 5 minuti. Questo, levato dal bagno, s'introdurrà in un altro pallone di vetro a sua volta lavato con acqua bollente, si avrà cura di levare la pellicola formatasi coll'ebollizione, come pure (prima di servirsene) quella che si formerà ancora sulla superficie del latte raffreddato. In un altro pallone pure di vetro, si conserverà acqua bollita o decozione d'avena o d'orzo secondo l'età.

La quantità del latte, dell'acqua o della decozione sarà prima misurata (in quest'ultima io soglio unire la gomma, il sale, lo zucchero di canna), prima di assoggettarla all'ebollizione.

Infine entrambi i palloni verranno chiusi con un batuffolo di cotone.

IX. *Dei poppatoi.* — Ed eccoci alla scelta del poppatoio, vero scoglio nell'alimentazione artificiale. Nessuno ch'io mi sappia si sofferma a lungo su questo argomento, tutti si limitano ad indicare il poppatoio preferito e nulla più.

Perchè un poppatoio meriti considerazione deve innanzi tutto rispondere a queste 2 condizioni.

1.° potersi rendere asettico, 2.° lasciare pervenire il latte nella bocca del bambino nè con troppa facilità nè con troppo stento. Il modo più semplice e più sicuro per porgere il latte sarebbe (dicono alcuni) quello di adattare un capezzolo di gomma ad una bottiglietta di vetro e per quello far poppare il bambino.

Per poco che si osservi, questo biberon primitivo ch'io spesso ho visto in uso, vien meno ad ogni buona legge. Finchè la bottiglia è piena o che il latte dista poco dal capezzolo, la cosa va più o meno bene, ma quando il latte comincia a diminuire resta fra il capezzolo e la superficie del liquido una distanza tale che nessuna suzione per quanto gagliarda può far salire il latte. Si potrebbe sollevare la bottiglietta, ma allora il latte si precipiterà con troppa violenza nella bocca del bambino obbedendo al suo peso e al movimento di suzione operato. È questo adunque un mezzo primitivo che può servire alcun poco nell'urgenza ma che è da scartare per l'uso continuo.

Fra i tanti poppatoi in uso oggidì quello che è più in voga e raccomandato è il biberon a pompa Monchovaut (1). Sarebbe ridicolo ch'io ve lo descrivessi, ma non vi sia discaro ch'io v'intrattenga su ciò che si chiama il gran pregio di questo poppatojo. Voglio dire della valvola che si trova all'estremità della cannuccia che pesca nel liquido. Nel mio popppatoio che più sopra ho presentato esiste pure una valvola, anzi ne esistono due, ma non figurano per l' uso ordinario ma solo per quei casi in cui artificialmente si vuol far penetrare il latte nella bocca del nato con debolezza congen ta. Nel poppatojo Monchovaut la valvola invece forma parte integrale di questo ingegnoso apparecchio e lo fa da molti preferire agli altri in uso. Può questa valvola far servire il poppatojo pei nati deboli che non hanno movimento di

---

(1) All'Hôpital des Enfants malades a Parigi il Prof. Giulio Simon ebbe a mostrarmi il biberon che egli giudicava il migliore: Tutto in vetro, chiuso alla sommità da cui emana una tubolatura alla quale si innesta il capezzolo. Ad uno dei lati la bottiglia ha un turacciolo (in vetro) scanalato che permette l'entrata dell'aria.

In questo poppatoio non munito di cannuccia aspiratrice, avremo l'inconveniente dell'ingestione troppo rapida del latte senza contare la noja della madre o dell'assistente di tener sempre perpendicolare alla bocca del bambino il biberon. L'asepsi pure non nè è tanto facile perchè il tappo superiore è fisso — Vi ha un altro biberon, quello di Liefevre a cannuccia fissa al tappo, non munito di foro per la pressione atmosferica e però da scartarsi. Così pure un'altro dello stesso Liefevre a cannuccia mobile nella sua parte inferiore, ciò che non fa complicare l'apparecchio e renderlo troppo costoso senza dare passaggio all'aria atmosferica.

Questi gli appunti principali per non dire dei minori.

suzione? No, assolutamente no. Perchè il latte possa uscire dal capezzolo di questo biberon, importa che il bambino succhi o che faccia un movimento alterno di chiusura ed apertura delle mandibole.

Sappiamo che il nato debole spesso non fa nessun movimento di suzione, pretendere poi ch'egli faccia un movimento fuori d'ogni regola naturale sarebbe davvero ridicolo.

Questo apparecchio adunque non fa qui al caso nostro: egli serve come gli altri poppatoi pei bambini che hanno più o meno energico il movimento di suzione; ma per questi tanto valeva non applicare valvola alcuna. Noi sappiamo che il nato forte possiede una valvola naturale che nella suzione gli serve a fare il vuoto; e questa valvola è quel bolo adiposo che si trova nella gota sopra la superficie esterna del buccinatore, fra i margini posteriori dei muscoli facciali che convergono verso la regione dell'angolo della bocca ed il margine anteriore del massatere. Dunque: se questa valvola esiste naturalmente perchè volerne mettere una artificiale? Per questa il latte non farà che uscire con maggior facilità; nè basteranno piccoli forellini nel capezzolo ad impedire che il bambino inghiottisca una enorme quantità di latte con una rapidità prodigiosa.

Abbiamo visto gli inconvenienti di tale fatto e però questo solo ci basterà per non ammettere l'impiego di valvole in biberon per l'allattamento ordinario (1). Ancora la conformazione della bottiglia, i suoi arabeschi, e più di tutto il lungo tubo di gomma impiegato rendono il poppatojo Monchovaut disadatto ad un uso lungo e continuo, la pulizia perfetta ne è impossibile e al contrario di ciò che si afferma i cattivi odori da fermentazioni abnormi sono la regola generale (2). Noi abbiamo visto ancora a che portano questi inconvenienti e però ci è forza riconoscere che questo poppatojo sugli altri, non ha per noi che il gran merito di venire d' oltralpe.

Il mio poppatojo sfugge a tutte queste obbiezioni e però in forme modeste, senza battesimo d'estero, ha la sola pretesa di non temere rivali circa la possibilità e facilità dell' asepsi; di po-

(1) Di questo nostro parere non è certo il Bousseau. Noi crediamo d'averne in proposito detto abbastanza e però qui affacciamo solo questo dilemma; o il bambino succhia, sia pure pochissimo, e allora basteranno i fori (a bocca di sanguisuga) del capezzolo per impedire la discesa del latte; o non succhia e allora qualunque valvola sarà inutile a far salire il latte.

(2) Ne ho avuto una conferma assoluta a Parigi all'Hospice des Enfants assistés, ove tutta la congerie di poppatoi adoprati, Monchovaut, Roberts, e via dicendo, per quanto tenuti con ogni cura possibile, dopo poco tempo riuscivano pressochè inservibili per i cattivi odori che emanavano dai tubi di gomma impiegati.

ter servire tanto nelle case private come nei grandi istituti; tanto pei nati forti quanto pei nati con debolezza congenita.

Permettetemi quindi che anche questa volta mi lusinghi che questo apparecchio sarà da voi accolto benignamente e adottato nell'alimentazione artificiale (1).

Conclusioni

Dal sin qui detto pertanto mi sia lecito trarre le seguenti conclusioni generali:

I. Il maggior numero di morti nel 1° mese di vita riconosce per causa ultima l'inanizione.

II. L'inanizione si può avverare nei nati forti ma più specialmente nei nati con debolezza congenita.

III. Nei primi varrà un nutrimento adatto, pei secondi occorrerà anche ch'esso sia convenientemente somministrato.

IV. L'allattamento materno è preferibile ad ogni altro: nei nati forti si potrà fare direttamente al seno o coll'ajuto d'una tettarella comune; nei nati deboli invece occorrerà una tettarella all'uopo.

V. Fra queste tettarelle ci pare che la nostra risponda meglio d'ogni altra allo scopo.

VI. Quando l'allattamento materno è assolutamente impossibile si ricorrerà ad una balia freschissima di latte che dovrà prestarsi al caso speciale come una madre.

VII. Quando l'allattamento con tale balia è pure impossibile piuttosto che di latte naturale, che si discosti molto dalle proprietà del colostro, è meglio, almeno nei primi giorni, servirsi di latte opportunamente preparato e somministrato.

VIII. Perchè il latte sia opportunamente somministrato occorre che il poppatoio da adoprarsi possa rendersi asettico.

IX. Ci pare che quello da noi presentato soddisfi meglio d'ogni altro all'uopo; tanto più che esso può servire anche pei nati deboli che non hanno movimento di suzione.

X. L'allattamento forzato resta così limitato a soli pochi casi; per esso ci pare possano esser tenuti in vita anche bambini nati nel 6° mese.

XI. L'alimentazione puramente artificiale per quanto non consigliabile in generale, darà migliori risultati se praticata con scrupolose norme igieniche.

XII. L'alimentazione mista invece praticata con tali norme darà ottimi risultati e varrà a salvare gran numero di bambini esposti a morire d'inanizione.

---

(1) E mi rivolgeva ai Colleghi pediatri riuniti a Padova nel Sett. scorso.

BIBLIOGRAFIA

FANNZ SOXHLET — Beitraege zur phisiologischen Chemie der Milch (Journal für praktische Chemie — tom. VI, pag. 1, 1872.

W. HEINTZ — Ueber die Ursache der Coagulation des Milchcasein durch Lab und über die sogennante amphotere Reaction (ibid. tom. VI, pag. 374, 1872).

LEON MARIE — Etude sur l'emploi de l'avoine dans l'alimentation et la terapeutique et particulierement de son emploi dans l'alimentation des enfants du premier âge.

M. BECHAMP — Sur les microzymas normaux du lait comme cause de la coagulation spontanée et de la fermentation alcoelique, acetique et lactique de ce liquide (Compt. rend. d. l'Acad. d. sc. tom. LXXVI pag. 651, 1873).

— Sur l'alcool et l'acide acètique normaux du lait, comme produits de la fonction des microzymas (ibid. pag. 836, 1873).

LEVISEUR—Eine fast zu spät entdeckte Krankheitsursache (Journal für Kinderkrankheiten pag. 373 — heft. 11, 12, 1872).

THEODOR BRUNNER — Ueber die Zusammensetzung der Frauenmilch (Arch. für d. gesammte Phisiologie t. VII, pag. 440, 1873).

J. PARROT — L'atrepsie et le tromboses veineuses chez les enfants (Soc. biol. et Gaz. méd. 1873, pag. 284).

J. DONGALL — On the dissemination of zimotie diseases by milk (The Glasgow med. journal—mai 1873).

MORIGGIA — Poteri digerenti del feto ed autodigestioni (Riv. clin. 1873 N. 5, p. 148).

KUPPER — Ueber Klonische Kprämfe der Schlingmuskeln (Arch. f. Ohrenkeilkunde 1873 t. I, livr. 4).

A. CLEMENTOWSKY — Die Zellgewebsverkäsung der Neugeborenen (Osterr. Jahrb. f. Paediatrik—I Band 1873, pag. 1-48).

PH. BIEDERT — Neue Untersuchungen und klinische Beobachtungen über Menschen—und Kuhmilch als Kindernahrungsmittel (Arch. f. path. Anat. u. Phis. t. LX. pp. 353-379).

PLOSS — Studien uber die Kindersterblichkeit (Leipzig-Jahrb. für Kinderkeilk. VII Jahrg. 2 heft 3 mars 1874 pp. 156-187).

ZWEIFEL — Untersuchungen ueber d. Verdauungsapparat der Neugeborenen, Berlin 1874.

WEGSCHEIDER — Ueber die normale Verdauung bei Säuglingen. Berlin 1875.

HAMMARSTEN — La caseine soluble et la caseine insoluble. Upsala 1876.

BROUARDEL — De l'influence des purgations et de l'inanition sur la proportion des globules rouges contenus dans le sang. Paris 1876 Soc. méd. d. hôp. et Un. méd. N. 110.

MAGNE — De l'allaitement et du sevrage des enfants. Bull. de l'Acad. de méd. séance 10, 17, 31 Octobre 7, 14 Novembre 1876.

J. PARROT — L'atrepsie (Paris 1877).

C. RICHET — De la fermentation lactique du sucre de lait (Compt rendu Acad. d. sc. 25 fevrier 1878).

FORSTER — Ueber die Ausnutzung der Milch im Darmkanal des Saüglings (Mitt. d. Gesellsch. f. Morphol. zu München. 6 mars, 1878).

LANGENDORFF — Ueber die Entstehung der Verdauungsfermente beim Embryo (Arch. f. Anat. u. phys. Abtheilung p. 95-112, 1879).

WALTON — The function of the epiglottis in deglutition and phonation (The journal of Phisiology vol. I, p. 303).

SEEMAN — Zur Pathogenese und Aetiologie der Rachitis (Archiv. für path. Anat. und Phys. t. LXXVII p 299).

EBERTH—Die foetale Rachitis und ihre Beziehungen zu dem Cretinismus (Corr. Blatt. für schweitz. Aertze N. 15, p. 465, 1879).

Mary Smith — Ueber Rachitis foetalis (Jarhb. f. Kinderk. XV, Heft I, p. 79, 1880).
Biedert — Neue Nachrichten ueber das Verhalten des Fettes im Kinderdarm und über Fettdiarrhöe (Jahrb. f. Kinderkeilk. Bd. XV, Heft 4, p. 336, 1879).
Menant des Chesnais — Les trois allaitements et la diarrhée infantile (Gaz. hebdom. de méd. et de chir. N. 16, 1881).
Tarnier — L'allaitement de nouveau—nés (Bull. de l'Acc. de méd. 2. série t. XI, n. 38).
Béchamp — Sur la zymate du lait de femme (ibid. t. XII, n. 21).
Guéniot — Rachitisme développé et gueri avant le naissance (Bull. de la Soc. de chir. pag. 553, 1883).
Demme — Ueber die Futterung des Milchvichs mit Brennereirückständen Schlempe (Berliner klin. Wochenschrift N. 46, p. 707, 1882).
Fery — Etude comparée sur le lait de femme, de l'anesse, de la vache et de la chèvre (Paris, 1884).
E. Pfeiffer — Beobachtungen über die Menge der abgesonderten Milch und über die Schwankungen derselben (Berl. klin. Woch. n. 11 p. 158 1883).
N. Vassilieff — Wo vird der Schluckreflex ausgelöst? (Zeitschrift für Biologie. B. XXIV, p. 29.
M. Marckwald — Ueber die Ausbreitung der Erregung und Hemmung von Schluckcentrum auf das Athemcentrum (Zeitschrift f. Biol. B. XXV, p. I, 1888).
Bourquelot et Troisier — Recherches sur l'alimentation du sucre de lait (Compt. r. soc. biol. 23 fev. 1889).
A. Dastre — Rôle phisiologique du sucre de lait (ibid.).
A. Baginsky — Ueber Gährungsvorgänge im kindlichen Darmcanal (Berliner klin. Woch. n. 26 p. 533 juin 1888).
Lee — A discussion on richets (Brit. med. Association Glasgow. Brit. med. Journ. p. 1145, 1888).
Ch. Bouchard — Maladies par ralentissement de la nutrition (Paris 1885).
Chaussat — Recherches expérimentales sur l'inanition—1843.
Tarnier, Chantreuil et Budin — Allaitement et Higiéne des enfants nouveau-nés. Couveuse et gavage (Paris 1888).
Bousseau — De l'allaitement artificiel (Paris 1881).
Cazeaux e Tarnier — Trattato d'ostetricia (Vers. italiana 1883).
J. Simon — Conférences sur les maladies des enfants (Paris 1889).
R. Guaita — La salute del bambino (Milano 1890).
Budui — Leçons de Clinique obstétricale (Paris 1889).
Raudnitz — Prag. med. Wochenschr. 1887, N: 34.
C. West — Lezioni sulle malattie dell'infanzia e fanciullezza (Versione italiana 1876).
C. Gerhardt — Trattato completo delle malattie dei bambini (Enc. ital. 1887).
F. Ahlfeld — Ueber Ernährung d. Säugl. an d. Mütterbrust (Leipzig 1878).
E. F. Fabbri — Cianosi in un neonato per enorme enfisema del mediastino (Riv. Clin. di Bologna 1865).
Belluzzi — Intorno al parto prematuro. Bull. sc. med. Bologna, ottobre 1874.
Taruffi — La rachite Riv. Clin. Bologna—1872.

CONTRIBUTO ALLA CURA DELL'ERNIA OMBELICALE NEI BAMBINI

del Dottor ANNIBALE NOTA

Chirurgo primario all'Ospedaletto Infantile Regina Margherita in Torino.

La frequenza veramente notevole con cui occorre di riscontrare nei bambini della prima età l'ernia ombelicale, la forma che nella massima parte dei casi essa assume (digitiforme, cilindrica, tondeggiante), la tendenza che essa ha, pressochè costantemente, di aumentare non bastando ad arrestarla e tanto meno a guarirla gli ordinari metodi di taxis incruenta e di contensione con apparecchi speciali, mi spinsero a cercar sempre di guarirla radicalmente mercè un atto operativo.

Già DESAULT in principio del secolo corrente, ad imitazione di CELSO, si preoccupò della questione e raccomandò la legatura con filo del sacco erniario dopo ridotto completamente il viscere, ma tale metodo presentava l'inconveniente grande che l'atto operativo dovevasi ripetere parecchie volte a misura che l'ansa della legatura si faceva rilassata per la riduzione della parte legata non adempiendo più all'ufficio suo. BOUCHACOM e MARTIN applicarono la legatura multipla. LEE introdusse la trasfissione con un ago del sacco erniario e successiva legatura; THIERRY alla legatura con seta aggiunse la torsione del sacco erniario legato; CHICAINAN adoperò la compressione laterale del sacco erniario mercè due pezzetti di legno assieme legati; HOLMES applicò la legatura sottocutanea circolare del sacco per mezzo d'un filo d'argento. JEAN VOOD propose il metodo dell'invaginazione del sacco erniario e contensione in posizione mercè due anse di filo metallico passanti nello spessore tendineo dell'anello ombelicale e legate in avanti; BARWELL, infine, propose di incidere il sacco e suturare l'anello.

Ma tutti questi metodi non sono onninamente privi di inconvenienti; anzi alcuni sono da rigettarsi completamente come quelli che dànno luogo ad operazioni cruenti pericolose specialmente in bambini nei quali la pulizia locale e tanto più l'antisepsi rimane allo stato di pio desiderio; altri poi riescono di lunga applicazione, o richiedono ripetuti atti operativi oppure operazioni fatte in parecchi tempi.

Tutte queste difficoltà furono certo quelle che indussero i moderni chirurgi ad abbandonare qualsiasi atto operativo radicale nella cura dell'ernia ombelicale dei bambini, tanto che lo stesso VOOD, HOLMES, CANTAB, NÉLATON, FOLLIN, KOENIG consigliano

quasi esclusivamente l'applicazione d'apparecchi contentivi di varia foggia (bendaggi, apparecchi con cerotto diachilon, etc.). Ma un metodo operativo incruento e nello stesso tempo di facile applicazione, assolutamente innocuo e di sicuro risultato certo, sarebbe preferibile a tutti questi apparecchi la cui applicazione anche nei casi più felici deve durare per lungo tempo e che il più delle volte non riescono all'ufficio cui sono destinati ; non tutti questi desiderati sono soddisfatti dall'applicazione alla cura delle ernie ombelicali della legatura elastica.

Essa è anzitutto d'applicazione facilissima, non richiedendo alcuna manualità complicata, accessibile quindi a tutti i medici anche quando non sieno troppo assuefatti ad atti operativi; è poi di effetto sicuro e rapido poichè in 15 o tutt'al più 20 giorni si ha costantemente la completa guarigione della deformità, come si constaterà dal quadro statistico che si presenterà in seguito; di più non ha alcun inconveniente per quanto riguarda l'antisepsi, poichè, anche nei casi in cui i bimbi si insudiciano, non si ha contatto dei materiali settici con nessuna parte scoperta della pelle; finalmente persino innocua dal lato del dolore, perchè gli operati, dopo aver pianto per poco tempo all'atto operativo, di poi se ne restano tranquilli per tutto il corso della cura.

Nella mia sezione chirurgica dell'Ospedaletto Infantile Regina Margherita, in meno di due anni applicai tale metodo per ben 18 volte, ottenendo in ogni caso dei risultati ottimi sotto ogni aspetto e senza aver mai dovuto lamentare inconveniente alcuno.

Per l'atto operativo procedesi nel modo seguente: Con manovre di taxis svuotato completamente il sacco erniario, facendo rientrare il viscere contenutovi nella cavità addominale, si mantiene con un dito chiuso l'anello ombelicale e consegnato il sacco vuoto ad un assistente che lo tiene saldamente col pollice e l'indice di una mano, si getta attorno alla base del sacco un laccio formato d'un piccolo tubo di gomma elastica del diametro esterno di 3mm. circa : si gira con esso parecchie volte (3 o 4) , tenendolo costantemente assai teso, attorno alla base del sacco quanto più si può rasente la parete addominale; si legano i due capi del tubo fra loro assicurandoli meglio con un laccio di seta; quindi si abbandona il malato a se coprendo appena la parte con un po'd'ovatta e raccomandando ai parenti di lasciare i piccoli ammalati liberi affatto nei loro movimenti e sciolti da qualunque fascia che comprimendoli li obblighi a far degli sforzi muscolari relativamente enormi per liberarsi dalla stretta. Certamente verso il 10° o 12° giorno, a secondo della grossezza dell'ernia, il sacco completamente necrotizzato cade assieme al laccio, lasciando scoperta una breccia tondeggiante della lunghezza di pochi millimetri. Que-

Numero d'ordine	Nome, Cognome Patria, Età	Data dell' operazione	Data della caduta del laccio	Data della guarigione	Osservazioni
1888					
I	O. Pierina di mesi 7 — Torino	7 Maggio	19 Maggio	25 Maggio	
II	P. Catterina di mesi 18 — Torino	21 Maggio	1 Giugno	9 Giugno	Ernia ovoidea con larga base.
III	A. Agostino di mesi 3 — Piobesi	17 Luglio	29 Luglio	5 Agosto	
IV	B. Vincenzo di mesi 9 — Torino	3 Ottobre	14 Ottobre	20 Ottobre	Anello ombelicale piuttosto dilatato.
1889					
V	Z. Fortunato di mesi 2 — Torino	31 Gennaio	9 Febbraio	14 Febbraio	
VI	V. Tommaso di mesi 1 1|2 — Torino	12 Aprile	23 Aprile	30 Aprile	
VII	C. Ernesto	22 Aprile	6 [illegible]	12 Maggio	Ernia voluminosa, quasi gi- [illegible]

IX	D. Maddalena di mesi 7 — Torino	27 Maggio	5 Giugno	12 Giugno	Ernia sferica della grossezza d' una piccola mela.
X	J. Vincenzo di mesi 2 — Torino	8 Luglio	20 Luglio	27 Luglio	
XI	P. Teresa di mesi 1 — Torino	19 Luglio	30 Luglio	15 Agosto	La cicatrice si coprì di granulazioni abbondanti che si escisero e si cauterizzarono.
XII	M. Augusto di mesi 14 — Torino	20 Luglio	29 Luglio	7 Agosto	
XIII*	M. Giovanni di mesi 3 — Torino	21 Agosto	31 Agosto	8 Settembre	
XIV*	N. Catterina di mesi 6 — Torino	22 Agosto	2 Settembre	10 Settembre	
XV*	P. Francesco di mesi 2 — Torino	22 Agosto	4 Settembre	12 Settembre	
XVI	A. Luigi di mesi 14 — Torino	28 Settembre	9 Ottobre	17 Ottobre	
XVII	B. Giovanna di mesi 2 — Torino	8 Novembre	17 Novembre	23 Novembre	Piccola ernia digitiforme.
XVIII	A. Natale di mesi 10 — Torino	10 Novembre	21 Novembre	26 Novembre	

sta piaga, medicata a secco con jodoformio in abbondanza e cotone fenicato, in 4 o 5 giorni al più è completamente chiusa, rimanendo al posto della procidenza erniaria una cicatrice piana, regolare, resistentissima che si oppone a qualsiasi riproduzione dell'ernia stessa. In tal modo si ha la guarigione completa senza aver esposto il bambino a neppur l'ombra di un pericolo ed in un tempo brevissimo.

Si è precisamente questo costante buono andamento di tutte le operazioni sin qui eseguite che mi spinse a pubblicare questa prima serie di operazioni radicali dell'ernia ombelicale con un metodo che, sebbene non del tutto nuovo, era però pressochè completamente abbandonato, mentre mi pare sia destinato a dar sempre i migliori risultati.

Ora la serie di operazioni eseguite ed i risultati ottenuti sono debitamente riassunti nella tabella posta nelle pagine precedenti.

E, dei casi in essa notati, i tre segnati d'asterisco furono operati dall'amico e collega carissimo Dott. Cleto Garelli che mi sostituì nella sezione durante le ferie estive e cui rendo qui pubbliche grazie.

Ecco quanto mi fu dato d'osservare in due anni circa di vita ospitaliera; ai colleghi egregii che si occupano di chirurgia infantile raccomando vivamente l'applicazione su larga scala del metodo da me seguito, colla fiducia che i risultati che essi otterranno risponderanno degnamente all'aspettativa e saranno corollari e conferma di quelli da me osservati.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

Sulla porpora infantile.

In questo suo lavoro il Dott. Dusch richiama l'attenzione dei pediatri su quella forma designata da Henoch come porpora reumatica.

È noto come quest'autore ha descritto una forma di porpora nei bambini, nella quale, oltre ai dolori articolari ed alle tumefazioni, esistevano pure intensi sintomi addominali, coliche, vomito sanguigno e dejezioni alvine sanguinolenti, non che emorragie parenchimali e soprattutto emorragie renali e nefrite emorragica.

Relativamente alla porpora semplice ed emorragica, come estrinsecazioni della medesima affezione, diverse solo per grado, pare che domini una grande concordia fra gli autori; non così per rispetto alla quistione se debba ritenersi come malattia *sui generis* la peliosi o porpora reumatica. E per vero, mentre alcuni la ritengono solamente come una varietà della porpora semplice od emorragica, altri, e fra questi il Gerhardt, si spingono fino al punto da riunire in un'unico concetto delle diatesi emorra-

giche transitorie tutte le forme di porpora, incluso lo scorbuto, mentre Henoch caldeggia una opinione perfettamente contraria. L'aut. difatti asserisce di avere egli sempre osservato epistassi più o meno forti, ed anche emorragie della mucosa boccale, ma giammai ematemesi ad enterorragie; del pari non ha mai riscontrato i dolori e le tumefazioni articolari. Le stesse macchie emorragiche sparse uniformemente sul corpo e non prevalentemente sulle estremità, si aumentavano giornalmente, fino all'acme della malattia. La durata della malattia febbrile oscillava da una a tre settimane, senza che mai si fosse verificata la morte. Mai gli capitarono forme croniche o congiunte ad emorragia degli organi interni.

Differentemente si esplica la forma morbosa nella porpora reumatica che è caratteristica, come anche l'Henoch à confermato, per la sua comparsa a scatti, separati da intervalli più o meno lunghi di benessere. In essa la durata della malattia, del pari afebbrile, è indeterminata, oscillando fra parecchie settimane e mesi a norma della durata delle ricadute e degl'intervalli.

Tre varietà si distinguono della porpora reumatica, che sono: 1° quella che si manifesta con macchie di porpora, tumefazione delle articolazioni o edema nelle parti circostanti, senza altre emorragie; e questa vien ritenuta dall'autore come la forma più lieve e ne riferisce tre osservazioni che corrispondono a quella che Schaenlein chiama peliosi reumatica; 2° quella in cui, mancando i dolori reumatici, si hanno gravi fatti intestinali, enterorragia, ecc. Di questa l'aut. non ha osservazioni proprie, ma numerose sono quelle registrate nella letteratura pediatrica; 3° quella in cui la porpora, oltre a manifestarsi con i dolori articolari, e con i gravi fatti intestinali, offre pure emorragie di altri organi, in ispecial modo nefrite emorragica ed emorragie renali. È questa la forma più grave e che sovente produce la morte. Di questa forma l'autore ne ha osservato due casi, di cui uno ebbe la durata di quattro settimane e l'altro di cinque mesi, entrambi con un'esito favorevole.

Circa poi la patogenesi della affezione in parola, l' aut. generalmente opina che la porpora emorragica dipenda da un' alterazione del sangue, e che quella reumatica sia l' effetto di processi embolici. Se le ricerche del Letzerich, che asserisce di aver rintracciato il batterio caratteristico dalla porpora emorragica, riceveranno la conferma di altri osservatori, potrà solo allora risolversi la questione se la porpora emorragica e reumatica appartengano al medesimo processo morboso, ovvero sieno di natura differente. (*Il Progresso medico*).

G. Somma.

Impiego dello strofanto nelle malattie di cuore dei bambini.

Il Prof. Demme ha sperimentata la tintura di strofanto nella cura delle affezioni cardiache dei bambini. Egli ha constatato che questo medicamento rende eccellenti servizî nei bambini al di sotto di cinque anni. La dose massima impiegata è stata di 12 a 15 gocce nelle 24 ore ripartite in quattro o cinque prese. Sorpassando la cennata dose Demme ha constatato che possono verificarsi de'danni, poichè le esperienze del laboratorio lasciano apprendere che, somministrate in quantità eccedente, le preparazioni di strofanto producono una paralisi del muscolo cardiaco tanto sollecita quanto imprevista. Invece, alle indicate dosi la tintura di strofanto è stata assai bene sopportata dai piccoli infermi dell' Ospedale di Berna, giammai occasionando in essi disturbi dispepsici.

L'effetto predominante della medicatura è consistito nel notevole aumento

della diuresi, e consecutivamente in una diminuzione dei sintomi idropici, ciò che va dovuto ad un aumento della pressione intravascolare. Gli effetti si esplicano in tal guisa anche ne'casi di lesione dell'orificio auricolo-ventricolare sinistro, senza che si stabilisca il compenso della lesione organica, come si verifica sotto l'influenza della digitale. Negl'infermi, in cui la pressione intravascolare si mantiene nel limite fisiologico oppure oltrepassa questo limite, l'effetto diuretico dello strofanto non si verifica. (*Paris médical*).

G. Somma.

Il reumatismo articolare cronico progressivo nel bambino.

Il reumatismo cronico è stato poco studiato, e gli autori antichi non hanno additata niuna forma di reumatismo riferibile a bambini. Conosciamo ora i lavori e le osservazioni pubblicate da Cornil, dal Bouchut, dal Moncorvo, da Henoch, da Grancher e da Simon. Del pari Charcot, basandosi sull'anatomia patologica e sullo studio dei sintomi, è giunto a dimostrare tre forme ben distinte nel reumatismo, cioè: il reumatismo cronico articolare progressivo, il reumatismo articolare cronico parziale e le nodosità di Héberden. Jaccoud vi ha aggiunto il reumatismo fibroso. La prima forma è la sola che esiste nei bambini.

Ora il Dottor Pelissiè, nella sua bellissima tesi, è giunto alle conclusioni seguenti:

Il reumatismo cronico, più raro nel bambino che nell'adulto, è stato constatato a cominciare dall'età di due anni.

Esso è molto più frequente nelle femmine che nei maschi.

Nella sua etiologia non si riscontra affatto che l'eredità sia bene stabilita. Al contrario esso coincide sempre con una vita di miserie e di privazioni: i bambini sono stati mal nutriti oppure sono vissuti in località umide.

La malattia è assai rara nelle classi agiate.

Essa può esordire a forma subacuta; ma più frequentemente si offre a corso cronico fin dal suo cominciamento.

I sintomi ed il decorso del reumatismo cronico dell'infanzia sono i medesimi di quelli che si riscontrano nell'adulto e nei vecchi, ma offrono una intensità sempre minore.

Le complicazioni viscerali riscontrate nell'adulto fanno qui quasi sempre difetto.

Il pronostico è meno serio nella tenera età che in quella più innoltrata. Non è stato riferito un sol caso di morte sopravvenuta nel corso della infermità che ordinariamente cede con l'opportuno trattamento. (*La Presse méd. Belge*).

G. Somma.

Il trattamento chirurgico della eresipela nei bambini.

Il Dott. Scibert fa la relazione di tre casi di eresipela genuina in bambini nei quali egli adoperò con risultato soddisfacente il metodo di cura proposto da Riedel e Lauenstein (che è una modifica di quello del Kraske) consistente nel praticare delle incisioni incrociate interamente sul tessuto integro ed applicarvi sopra una medicatura antisettica costituita da una soluzione di acido fenico al 5 per 100, o di sublimato corrosivo, al 2 per 100. Le uniche modifiche apportate dall'autore a questo metodo consistettero nel non adottare la cloroformizzazione e di usare per le incisioni la lancetta comune da vaccinazione. Tutto l'atto operativo venne sempre eseguito con la scorta delle più rigorose regole antisettiche.

Questo metodo a noi sembra sia preferibile a tutti gli altri finora commendati per i lodevoli risultati che dal medesimo si ottengono. Di fatti, il metodo delle incisioni multiple cutanee in corrispondenza del punto ammalato è stato spesso praticato e non senza successo; esso però ha l'inconveniente di far chiudere troppo presto le incisioni da non permettere il passaggio ad una sufficiente quantità di liquido negli strati più profondi della pelle. Del pari, il metodo delle iniezioni ipodermiche di soluzioni di acido fenico al 2 0[0 fatte nella cute sana alla periferia del sito affetto, ha l'inconveniente di far penetrare troppo rapidamente nella circolazione il liquido injettato, producendo spesso effetti nocivi generali e non buoni locali.

E finalmente, il metodo del Kraske offre minori inconvenienti dei precedenti. Consiste nel praticare incisioni regolari al margine dell'eresipela sulla cute sana, incrociando questa con molteplici incisioni diagonali che capitano metà sul tessuto ammalato e metà sul tessuto sano. È appunto questo metodo, modificato da Riedel e Lauenstein, quello adottato dal nostro autore con eccellenti risultamenti. (*New-York medical journal*).

G. Somma.

Sulla terapia della corea con l'antipirina.

Il Prof. Moncorvo, fin dall'anno 1888, richiamò la sua attenzione sui benefici effetti dell'antipirina nella corea, pubblicando nella « *Revue de Clinique et de Thérapeutique* » una estesa relazione di guarigione di detta affezione con la sola somministrazione di questo medicamento.

Le consecutive osservazioni di Walner, Legrouy e Négrié, pubblicate quasi contemporaneamente, confermarono le vedute dell'autore, dimostrando l'efficacia indiscutibile dell'antipirina avverso la corea.

Ora il Moncorvo ritorna sull'argomento rendendo pubbliche altre quattro osservazioni personali, nelle quali egli ebbe a constatare i medesimi benefici effetti constatati nei primi casi. E, dopo la circostanziata esposizione delle storie cliniche, l'autore viene alle seguenti conclusioni:

L'antipirina attenua prontamente le manifestazioni della corea nei casi antichi procurando la completa scomparsa delle medesime in un elasso di tempo evidentemente più breve di quello impiegato dagli altri agenti medicamentosi usati per la cura di questa nevrosi.

Non bisogna dimenticare che, assieme al suo potere sedativo, l'antipirina agisce sulla nutrizione generale e sulla forza muscolare. Essa aumenta quest'ultima, come è stato debitamente constatato dagli esperimenti praticati con l'uso del dinamometro.

La dose giornaliera di antipirina prescritta dall'autore è stata di tre grammi ed in tutte e quattro le osservazioni riferite il farmaco venne ben tollerato, producendo la guarigione pronta e stabile dell'affezione a capo di pochi giorni.

Sono questi dei risultati incoraggianti sui quali ogni pediatra deve richiamare la sua attenzione.

G. Somma.

Peritonite suppurata in un bambino di sette anni.

Dopo di aver posto in uso infruttuosamente tutti i mezzi razionali applicabili al caso che egli aveva in cura, l'autore, il Dott. Dantz, dopo aver ben constatato il versamento ed averne determinata la sua natura purulenta, devenne alla laparotomia.

Avendo ben preparato con precedenza ogni cosa, egli praticò una punzione con un trequarti di due millimetri, sterilizzato, estraendo tre litri di pus. Quattro giorni dopo, assistito dal Prof. SACRÉ, eseguì una incisione classica sulla linea bianca fra il pube e l'ombelico, evitando di perforare l'intestino, tanto sembrava questo sviluppato per effetto della timpanite. Ma, aperto il peritoneo, uscì fuori, con rumore, una gran quantità di gas fetido.

L'addome si abbassò ed il pus cominciò a fluire. Fu praticato un largo lavaggio con soluzione di acido borico calda fino a che il liquido non fuoriuscì chiaro, ed indi fu applicato un tubo a drenaggio nella ferita che venne suturata con un filo di argento e ricoverta con una medicatura al sublimato. Un'ora dopo la piccola operata, con grandi grida, chiedeva insistentemente da mangiare. Il seguito della operazione fu incoraggiante. Difatti un sonno riparatore si manifestò fin dalla prima notte; la temperatura si abbassò rapidamente ed il colorito divenne più naturale. Ella riprese le forze ben presto, la ferita dell'addome si cicatrizzò subito e la guarigione fu completa a capo di 14 giorni.

È questo un successo incoraggiante che in parecchi casi non deve far esitare per l'attuazione dell'intervento chirurgico. (*Le Scalpel*).

G. SOMMA.

Encefalocele occipitale trattato e guarito con l'estirpazione.

Nella seduta del 14 dello scorso gennaio all'Accademia di Medicina di Parigi, BERGER presenta una piccola bambina dell'età di otto mesi, sulla quale egli ha praticato la cura radicale di un' encefalocele occipitale col processo di PERIER. Il tumore, grosso quanto un piccolo uovo, era trasparente, ma non fluttuante nè tampoco riducibile. Le pressioni esercitate su di esso non determinavano alcun fenomeno di compressione cerebrale; esso presentava l'aspetto di un mollusco senile, impiantato sulla linea mediana della regione occipitale. Alla parte superiore della regione dorsale eravi una depressione, un rudimento di spina bifida.

BERGER fece la estirpazione del tumore lasciando nella spessezza dei comuni tegumenti che le ricoprivano, i due lembi laterali che furono dissecati. Isolò poi il peduncolo della borsa meningea fino alla perforazione del forame occipitale che gli dava uscita e lo recise al di là del cranio dopo averlo compreso in una doppia legatura di catgut incrociata; indi furono aggiustati e fissati con la sutura anche i lembi cutanei. L' operazione fu ben sopportata, ma la guarigione fu ritardata per la formazione e l'eliminazione di un' escara cutanea prodotta da uno dei punti della sutura. (*Paris médical*).

G. SOMMA.

Trapanazione per epilessia Jacksoniana.

L'osservazione viene riferita dal Dott. LANGENBUCH.

Trattasi di un bambino di 5 anni che all'età di due anni, cadendo improvvisamente dal letto, urtò con la testa contro il suolo, senza menomamente riportare una ferita apprezzabile. Nella notte consecutiva al traumatismo si manifestano degli attacchi convulsivi localizzati alla metà sinistra della faccia e degli arti corrispondenti, ma tutto si dileguò senza rimanere la menoma traccia. Due anni dopo la caduta, le convulsioni si riaffacciarono, ripetendosi ad intervalli di 6 ad 8 settimane, cominciando sempre dalla mano sinistra sino ad estendersi progressivamente prima al

braccio sinistro, indi alla faccia e poi al membro inferiore del medesimo lato. Alle forme convulsive vi si associava la perdita della coscienza e l'emissione involontaria di feci e di orina. Ognuno di questi accessi aveva la durata di due o tre ore.

All'osservazione l'infermuccio non offre al capo nessun segno di una vecchia soluzione di continuo. La sensibilità ed i riflessi tendinei presentavansi affatto normali, e la intelligenza era completamente sana.

Si fa diagnosi di una epilessia jacksoniana e si deviene alla indicazione di una trapanazione esploratrice. Eseguendo la operazione, la dura madre viene riscontrata molto tesa, ma non pulsante. Si pratica su di essa una incisione a croce, che mette allo scoverto una cisti della grandezza di una piccola nocciuola, con contenuto acqueo, perfettamente trasparente, con pareti traslucide sottilissime, che si approfonda nelle meningi.

Questa cisti non racchiude altro elemento idatideo, nè tracce di pigmento che potesse indicare una vecchia emorragia. Il cervello, solamente depresso dalla cisti, appena finita la pressione, ripiglia la sua forma. Si fa allora la sutura della ferita e si ottiene la guarigione senza il menomo incidente.

Sedici settimane dopo l'operazione, però, gli attacchi convulsivi si ripetono, e il bambino ha, da quell'epoca, una o due volte al giorno, degli attacchi di piccolo male.

Da ciò l'autore arguisce che, anche dopo la operazione, vi è stato un aggravamento di tutti i suesposti sintomi. (*Berlin. Klin. Woch.*).

G. Somma.

Osservazioni sulle cause e sul trattamento dell'ernie nei bambini e nei giovanetti.

Il dottor K. Miller avendo avuto occasione di curare un certo numero di casi di ernia degl'intestini in bambini ed in giovanetti, ha notato taluni fatti che non sono menzionati nella relativa letteratura pediatrica. Anche nel classico Trattato di Vogel non sono ben descritte la genesi e la cura dell'ernia addominale nei bambini. Questa, secondo l'Autore, si presenta nei bambini specialmente in due forme: di *ernia ombelicale* e di *ernia inguinale.*

La prima è soprattutto temuta dalle madri dei bambini, e le *eccessive* cure che esse prendono per evitarla è talvolta causa *occasionale* perchè si produca l'ernia *inguinale.* Oltre alle tante cause già note di ernia ombelicale, il dottor Miller ne ha constatata una non menzionata da nessuno, e la quale consiste in ciò: che le balie, nell'intento di rendere compatto l'ombelico, praticano fregagioni sulla cicatrice ombelicale (per alcuni giorni) dopo la caduta del cordone, ogni qualvolta il bambino viene fasciato. Ora tutto ciò, come è agevole comprendere, riesce molestissimo al bambino ed è certamente causa di disturbo nella contrazione e chiusura dell'orificio ombelicale. E queste molestie fanno sì che egli grida e si agita continuamente, il che contribuisce anche non poco alla comparsa dell'ernia ombelicale.

Un'altra causa, finora non menzionata dagli autori, della produzione dell'ernia *inguinale* sarebbe dovuta, secondo Miller, all'uso di fasce troppo strette e spesse, che talune madri applicano sull'addome del piccolo bambino, nell'intento di prevenire la comparsa dell'ernia *ombelicale.* Questo bendaggio riesce oltremodo pregiudizievole ai movimenti respiratorii dell'addome, molesta il bambino, comprime gl'intestini, compromette la loro normale funzione, altera la peristalsi, cagiona talvolta costipazione e fi-

nanche una diarrea irritativa. Miller ha veduto spesso nella sua pratica che i bambini trattati in siffatto modo dalle madri allo scopo di *prevenire l'ernia ombelicale* mostravano dopo qualche tempo segni non dubbii di debolezza dell'anello inguinale, cui dopo un tempo più o meno lungo, seguiva la produzione dell'ernia inguinale.

Quanto al trattamento delle ernie inguinali dei bambini, l'Autore dice che egli preferisce quello di Wlater Pye, molto usato in America, e col quale ha ottenuto brillanti risultati finanche nei casi di ernia inguinale *bilaterale*. Per chi voglia conoscerlo, può consultare il *The New-York Medical Abstract*, anno 1887.(*The New-Orleans Medical a.Surgical Journal*).

V. Meyer.

BIBLIOGRAFIA

Ollivier A. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants (avec gravures et une planche en phototypie)—Paris, 1889.

Con questa recente pubblicazione, dovuta alla instancabile attività del chiaro collega francese, la letteratura pediatrica viene ogni dì più ad arrichirsi. Costituisce un forte volume di 428 pagine contenente quaranta lezioni sulle principali e più interessanti affezioni dei bambini, e di esse, alcune hanno già vista la luce nella stampa periodica francese, mentre le altre sono del tutto inedite.

Si comprenderà agevolmente che un lavoro di questa mole non si presti agevolmente ad una esatta e dettagliata recensione. Ci contenteremo soltanto di dichiarare che uno dei pregi singolarissimi che dallo studio del pregevole libro rifulge in ogni singolo capitolo, consiste precisamente in ciò che l'autore, senza trascurare la parte pratica ed abbastanza nota delle affezioni di cui tratta, si dedica specialmente a metterne in rilievo certe nozioni meno cognite ma non meno utili. Di guisa che l'intiera opera non è che il complesso di lezioni di pratica pura e di lezioni di una portata eminentemente teoretica. Per le prime basterebbe citare quelle sul trattamento delle cisti idatiche, sulla incontinenza notturna di orina, sulla febbre tifoide e sulla scrofola naso-labiale, mentre per le seconde sono degne di ammirazione quelle sulle orticarie nervose, sulle cefalalgie dell'accrescimento, sulla trombosi della vena cava inferiore, sulla enterite tubercolare, sull'albuminuria, sulla diagnosi dei tumori cerebrali e parecchie altre.

Tutto ciò, che è il frutto del lungo studio e della grande esperienza dell'insigne autore, accompagnato ad una profonda erudizione, ad una originalità di vedute ed alla chiarezza e facilità di metodo nella esposizione, costituisce un lavoro che a buon diritto dovrebbe avere per titolo: trattato teorico-pratico delle malattie dei bambini, offrendo sotto un tal punto di vista un grande interesse. Nè priva d'importanza ci è sembrata pure la stessa introduzione, nella quale l'autore fa una esposizione storica dello studio delle malattie dei bambini nel XVIII secolo.

Auguriamo a questo eccellente lavoro quella diffusione che merita, e facciamo voti perchè dalla inesauribile penna dell'autore vengano fuori, di tratto in tratto, novelle pubblicazioni modellate sull'indirizzo clinico a cui è adattato quello che ci è sott'occhi.

G. S.

Sevestre. — Études de clinique infantile — Paris, 1889.

Quattro argomenti interessantissimi costituiscono il contenuto di questa pregevole pubblicazione, che ci onoriamo presentare allo studio dei nostri lettori. Essi sono: 1) Delle manifestazioni precoci della sifilide congenita, studiate specialmente sotto il punto di vista diagnostico; 2) Delle manifestazioni laringee della sifilide ereditaria precoce; 3) Su di una forma di bronco-pneumonite infettiva d'origine intestinale e 4) Sulla profilassi della rosolia e della difterite all'Ospizio dei bambini assistiti.

La competenza, la chiarezza e le originalità di veduto con cui l'autore espone questi suoi studi, e l'indirizzo rigorosamente clinico da lui serbato, mentre accrescono la sua meritata fama di specialista, rendono lo scritto pregevolissimo, specie in riguardo al campo pratico, sì da non poterci esimere dal riassumerlo per sommi capi.

I. Ammessa la importanza eccezionale della diagnosi precoce della sifilide congenita, non può però revocarsi in dubbio la difficoltà massima della stessa, non solo pel manifestarsi l'affezione in epoche differenti dopo la nascita, quanto ancora per lo stato di benessere in cui riscontransi molti bambini per parecchie settimane, pria che in essi si estrinsechi il germe morbigeno. Ecco perchè l'autore, in considerazione di questi due fatti ben sanzionati dalla esperienza, si sforza specialmente a caratterizzare e mettere in evidenza i segni discussi o discutibili e quelli che, in mancanza di dati sufficientemente esatti, possono servire di base a formolare la diagnosi che egli appella precoce. Ora, due casi possono presentarsi in clinica: o il bambino offre dei segni al momento stesso della nascita, o li manifesta un certo tempo dopo la medesima.

Nel primo caso le manifestazioni sono abbastanza rare, e forse anche eccezionali, a prescindere dalla *sifilide bollosa* che, oltre all'essere più frequente, offre un valore positivo dal punto di vista diagnostico, specie quanto si può essere al caso di fare una esatta diagnosi differenziale tra il pemfigo sifilitico ed il pemfigo semplice. All'*apparenza generale* ed *all'aspetto che il bambino sifilitico presenta nell'atto della nascita* fa d'uopo concedere un valore abbastanza limitato, potendosi i medesimi fatti riscontrare benanche in bambini per nulla affetti da sifilide, ciò che porterebbe a considerare immuni dei bambini che poche settimane dopo presenteranno tutti i sintomi della sifilide ereditaria, e viceversa.

Nel secondo caso, cioè quando i segni della lue si manifestano un certo tempo dopo la nascita, le manifestazioni della malattia possono essere svariatissime; per cui l'autore, con savio discernimento, seguendo le orme dell'accurato e minuzioso lavoro del compianto Parrot, ne stabilisce la seguente classifica:

1) *Roseola sifilitica*, di cui ne descrive dettagliatamente la esistenza più o meno fugace;

2) *Sifilide maculosa*, che, secondo lui, non può essere confusa con nessun'altra eruzione, soprattutto quando è bene caratterizzata;

3) *Sifilide papulosa* che, più tardiva nella sua comparsa, può estrinsecarsi sotto differenti aspetti;

4) *Placche mucose*, che nel momento della loro comparsa presentansi perfettamente identiche a quelle dell'adulto, mentre in seguito possono assumere delle forme svariate in rapporto alla sede speciale sulla quale s'impiantano;

5) *Eritema squamoso*, che presenta tre caratteri essenziali i quali sono: colore, squame ed inspessimento della pelle;

6) *Sifilide gommosa*, che, quasi trascurata dai moderni osservatori, viene ritenuta abbastanza comune dal Parrot;

7) *Ulcerazioni nella sifilide ereditaria* che, nè con i loro caratteri, nè con la esistenza loro, possono fornire alcun elemento positivo per la diagnosi; ciò però che vi ha di caratteristico sul proposito si è che esse sono sempre consecutive ad una lesione precedente (pemfigo, placca mucosa, ecc.).

8) *Eruzioni pseudo-sifilitiche* o *sifiloidi*, che non presentano minore importanza delle precedenti manifestazioni per gli errori di diagnosi a cui dànno luogo;

9) *Ectima, acne, impetigine sifilitica*;

10) *Eritema lenticolare*, che abitualmente ha sede alla regione delle natiche ed alla parte posteriore delle coscie e delle gambe, con la integrità completa delle pliche naturali della pelle, a livello delle quali la eruzione si arresta senza mai svilupparsi nel fondo di esse. Denominato dal PARROT eritema papuloso e ritenuto da lui, e poi dal DIDAY, come un sintoma positivo di sifilide, non viene riconosciuto per tale dal SEVESTRE che inclina a ritenerlo come una eruzione banale derivante dall'eritema vescicoloso, come consecutivamente JACQUET ha potuto dimostrare;

11) *Onissi* e *perionissi*, in cui la sifilide potrà essere una delle cause di queste alterazioni ungueali, ma non la sola;

12) *Alopecia*, che difficilmente totale, è quasi sempre limitata alle regioni posteriori e laterali del cuoio capelluto, mentre per BARLOW e DIDAY essa e più raramente localizzata all'occipite;

13) *Adenopatie* che, secondo l'autore, nella sifilide ereditaria sono ancora più rare di quelle che ammetteva lo stesso PARROT, sicchè quando nei piccoli bambini si riscontrano pleiadi ganglionari, soprattutto nelle regioni inguinali, bisogna attribuirle non pure alla sifilide, ma sempre alla tubercolosi che può coincidere con la sifilide;

14) *Lesioni delle labbra, della bocca e del faringe* (fessure, erosioni, placche mucose, desquamazione epiteliale marginata della lingua, corizza);

15) *Lesioni del laringe e della trachea;*

16) *Alterazioni degli organi dei sensi* (cheratite interstiziale, iridite, coroidite, retinite, otite media suppurativa);

18) *Lesioni degli organi interni* (polmoni, cuore, stomaco ed intestino, fegato, milza, peritoneo, reni, testicoli, centri nervosi);

18) *Disturbi della dentizione;*

19) *Lesioni ossee* (arti, cranio, più raramente falangi, omoplata, vertebre, ossa del carpo e del tarso e mascellare inferiore);

20) *Pseudo-paralisi*;

21) *Lesioni articolari;*

22) *Lesioni dei muscoli*;

23) *Apparenza generale ed aspetto del bambino sifilitico.*

E qui l'autore pone termine a questo interessante articolo esponendo un quadro semejologico accurato per l'esame del bambino che si presume sifilitico, contribuendo non poco con la sua chiarezza e precisione a svolgere la ingarbugliata matassa della sifilide ereditaria.

II. E, quasi come appendice di questa prima parte del suo lavoro, l'autore imprende a studiare le manifestazioni laringee della sifilide ereditaria precoce, nello intento non solo di dimostrare che se esse non sono abbastanza comuni, sono però meno rare di quello che generalmente si crede, quanto ancora per dichiarare che in certi casi queste lesioni possono manifestarsi con dei sintomi che rassomigliano a quelli del crup.

III. Nella terza parte poi di questo suo lavoro il SEVESTRE descrive una

forma di bronco-pneumonite infettiva di origine intestinale, sostenendo 1) che nei bambini di uno a due anni (ed anche di altre età) sottomessi ad una alimentazione viziosa, può sopravvenire una decomposizione delle materie intestinali dalla quale risultano una diarrea fetida ed una enterite infettiva; 2) che consecutivamente può avverarsi una infezione generale e particolarmente degli accidenti di congestione pulmonare e di bronco-pneumonite; e 3) che gli agenti della disinfezione intestinale, e specialmente il calomelano, ed anche la naftalina ed il naftol, sono i migliori mezzi per arrestare la diarrea e prevenire i fenomeni polmonari.

VI. E finalmente dalla trattazione dell'ultimo argomento del suo lavoro relativo alla profilassi della rosolia e della difterite all'Ospizio dei bambini assistiti, l'autore detrae le seguenti conclusioni: 1. che la propagazione della rosolia a questo Ospizio non potrà essere arrestata che con la fondazione di un lazzaretto convenevolmente installato e nel quale i bambini saranno tenuti in osservazione durante un periodo di tempo sufficiente; 2. che la mortalità per rosolia al cennato Ospizio è fin da ora diminuita in una proporzione notevole e 3. che in detto ospizio la difteria tende a divenire una malattia rara.

Raccomandiamo a specialisti e medici generici, che sono più direttamente, e negli ospizii degli Esposti ed in pratica civile, in contatto con bambini infermi, la lettura di questo lavoro, nella prima parte del quale essi saranno lieti di riscontrare in poche pagine la intera semejotica e clinica della sifilide ereditaria esposta con ammirevole chiarezza e precisione.

G. S.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA

A PROPOSITO DEL NUOVO POPPATOIO DEL SIGNOR DOTT. G. GUIDI di Firenze — *Lettera aperta* al Signor PROF. G. SOMMA, Direttore dell'« Archivio Italiano di Pediatria » — Napoli.

Bologna, 11 Maggio 1890.

Professore Stimatissimo,

Lessi nel fascicolo II del 1890 del suo «Archivio» una memoria del dott. G. GUIDI di Firenze circa un metodo di perfezione dell'allattamento artificiale con proposta e descrizione di un nuovo poppatojo da adottarsi per l'uso del latte sterilizzato.

Io, che già ebbi a chiedere ospitalità al di Lei pregiato giornale per una memoria del genere, io, che pure ebbi la pretesa di presentare a Padova un poppatojo igienico, mi permetto di rivolgere al di Lei mezzo i miei rallegramenti all'egregio dottor GUIDI per l' ingegnoso apparecchio proposto e di farvi qualche franca osservazione.

Innanzi tutto mi pare che, col Dott. GUIDI non ci si intenda bene circa la sterilizzazione del latte alla SOXHLET. Il SOXHLET colla sterilizzazione del latte intese a togliere ogni azione morbigena ai batteri patogeni che per avventura potessero trovarsi nel latte fresco, colla chiusura ermetica delle bottigliette, poi di preservarlo secondo l'opportunità dalle muffe o fermenti che ne accelerano la decomposizione acida.

Ma una volta che ci si debba li per li servire del latte preparato, non

vi è ragione di darsi tanta briga per schivare l'azione dell'aria che può prolungarsi da 15 a 30 minuti al più. SOXHLET stesso non se ne è preoccupato ed anche il Dott. GUIDI ammette che pure nell'allattamento muliebre tale contatto si avvera.

Io non invoco qui le dottrine sostenute sull'azione di queste muffe, di questi fermenti sulla digestione del latte; quello che è certo, aria nello stomaco ne penetra in tutti gli allattamenti e con ogni latte muffa e fermenti vi vengono trascinati.

Circa al poppatojo in sè: trovo giuste le osservazioni intorno l'aspirazione del latte nelle bottiglie *primitive* alla SOXHLET; esse collimano perfettamente con quelle ch'io esposi a Padova nel settembre scorso.

Ingegnoso la cannula d'argento o nikel a becco di flauto, ingegnoso dico ma poco pratica. Non dico del tubetto per filtrar l'aria nè del capezzolo; mi soffermo piuttosto e volentieri sul tappo di gomma. Il Dott. GUIDI confessa lealmente che non può ancora dire quanto valga in pratica il suo poppatojo e davvero teoricamente esso è bello, troppo bello. Ma, e il tappo di gomma dopo un uso prolungato e soprappiù dopo i bagni antisettici? non si rammollirà? Non permetterà che muffe o fermenti penetrando profondamente trovino buon giuoco e che antisettici per quanto gagliardi non arrivino a distruggerli?

Ho visto altri poppatoi con tappi di gomma nera e bionda, so di lavori in proposito e credo che gli uni e gli altri depongano in questo senso.

Concludendo: preoccupiamoci della sterilizzazione del latte come sopra si è detto, preoccupiamoci perchè tubo aspiratore, turacciolo, possansi rendere sicuramente asettici, cerchiamo anche che il capezzolo sia tale, ma non ci venga l'idea di impedire così l'entrata nello stomoco a muffe o fermenti e magari anche a microbi che per caso si trovassero nell'aria circumambiente, giacché converrebbe sterilizzare quest'aria stessa.

Il Dott. GUIDI è contento di aver limitato il contatto del latte coll'aria e colla *bocca*; via, per l'aria gli passo la soddisfazione, ma per la *bocca* no. Se il contatto colle pareti boccali è prolungato vuol dire che il bambino beve adagio e ciò è bene, ciò è fisiologico. A proposito, e tanto per finire, è sicuro il Dottor GUIDI che il bambino in 2 o 3 minuti vuota il contenuto della bottiglia SOXHLET con una suzione *calma* e *ordinata?*

Il tempo mi par cortino e che dia uno strappo alla fisiologia.

Accolga, signor professore, i sensi della mia gratitudine e m'abbia

Obbligatissimo

Dott. ALFONSO NASI.

Ai benemeriti nostri collaboratori. — Facendo seguito a quanto pubblicammo nel fascicolo IV dell'annata VII di questo medesimo periodico, ci rechiamo ad onore di rammentare ai nostri egregi collaboratori che nel giorno 16 del prossimo luglio il Prof. HENOCH compie il 70° anno di sua vita.

Agognando che la giovane scuola pediatrica italiana non faccia trascorrere un così fausto avvenimento senza rendere all'insigne maestro della Pediatria tedesca un giusto omaggio di ossequio e di rispetto, la Direzione di questo periodico, rendendosi interprete dei sentimenti di parecchi colleghi, è venuta nel divisamento di offerire in dono all'illustre scienziato a nome di tutti i collaboratori nazionali dell' «*Archivio*» un ricco *Album* contenente le fotografie di ciascuno di essi.

La Direzione, quindi, di questo giornale, nell' intento di volere degnamente partecipare a questa festa internazionale, rivolge ai suoi chiari col-

leghi d'Italia le sue più vive e premurose istanze, perchè si degnino inviare, nel più breve tempo possibile a questo ufficio di Direzione (*Donnaregina 4, Napoli*) le rispettive fotografie in doppio esemplare, e preferibilmente a formato di biglietti da visita, ciascuna di esse firmata, in calce dell'effigie, di proprio pugno. Va da se che, contemporaneamente all'invio delle fotografie, dovrà del pari spedirsi un vaglia della somma non inferiore a lire 5, quale contribuzione occorrente per l'acquisto dell'*Album*. I nomi degli aderenti verranno pubblicati, in apposita lista, nel prossimo fascicolo di questo medesimo periodico. Qualora, per eventuale circostanza questa modesta aspirazione non potesse compiersi, la Direzione si farà il dovere di restituire a ciascun contribuente la quota versata.

Chi scrive nutre fiducia che tutti indistintamente, ad onore d'Italia, risponderanno all'appello.

Mortalità nei bambini della prima età. — Da un'interessante lavoro, eseguito dalla Direzione dell'*Assistenza* e dell'*Igiene pubblica* a Parigi, rileviamo le seguenti cifre statistiche riferibili alla mortalità infantile nella prima età della vita; importantissime non solo per gli scienziati ma benanche per gli uomini di Stato a cui sono affidate le sorti delle nazioni.

Per ogni *mille* bambini ne muojono: 154 nella Svezia; 157 in Inghilterra; 169 in Francia; 217 in Prussia; 220 in Italia; 258 in Austria; 317 in Baviera; 329 nel Wurtemberg e 400 nella Svevia. Non facciamo commenti; osiamo appena sperare che questi dati sconfortantissimi vengano alfine presi in seria considerazione da coloro ai quali è devoluta la protezione della misera infanzia.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Difteria

Acido fenico	gram.	280,00
Acido salicilico	»	56,00
Acido benzoico	»	112,00
Alcool rettificato	»	468,00

mib. Per nebulizzazioni nella stanza di degenza dell'infermo, versando ogni tre ore un cucchiaio da tavola di detta soluzione in uno o due vasi contenenti ciascuno due litri di acqua in ebollizione. RENOU.

Tintura di cloralio	gram.	4,00
Glicerina	»	30,00

mib. Per farne pennellazioni sulle parti affette ogni sei ore.

CHITIVOOD.

Essenza di trementina	*ana*		
Zucchero	*ana*	gram.	7,50
Gomma arabica	*ana*		
Acqua distillata		»	120,00

mib. Da farne emulsione che verrà somministrata a cucchiai ogni ora.

PEABODY.

Papaina	gram.	8,00
Idro-naftol	»	0,15
Acido idroclorico diluito	gocce	15,00
Acqua	gram.	120,00

mib. Da farne polverizzazioni ogni 1\|2 ora, fino a quando non diminnisce la temperatura e la respirazione si farà più facile.

CALWELL.

Diarrea infantile

Acido lattico	gram.	2,00
Acqua distillata	»	50,00
Sciroppo di lamponi	»	50,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino da caffè ogni 5 a 30 minuti, secondo la intensità dell'affezione.

ovvero:

Salicilato di Bismuto	gram.	1-2,00
Laudano liquido del Sydenham . . .	»	1-4,00
Infuso di thè	»	60,00
Sciroppo di lamponi	»	20,00
Rhum	»	15-20,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino ogni due ore se vi è tendenza al collasso.

CRITZMANN.

Glicerina di borace	minimi	30,00
Tintura di arancia	»	3,00
Acqua distillata	»	30,00

mib. Da somministrarla a cucchiaini da caffè ogni ora, due o tre secondo il caso e l'età degl'infermi.

MANSEL, SYMPSON e CANTABS.

Diarrea estiva nei bambini

Acido fenico purissimo	gram.	0,50
Acqua di menta	»	100-200,00
Sciroppo di menta	»	30,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da zuppa ogni due o tre ore.

AMELUNG.

Rachitismo

Fosforo	gram.	0,01
Olio di fegato di merluzzo	»	100,00

mib. ed emulsionate. Da somministrarne un cucchiaino da caffè al giorno, oppure:

Fosforo	gram.	0,01
Lipanina	»	30,00
Zucchero e gomma arabica . . . *ana*	»	15,00
Acqua distillata	»	40,00

mib. ed emulsionate. Da propinarne un cucchiarino da caffè ogni 24 ore, ovvero:

Soluzione di fosforo in olio di mandorle dolci (0,02 per 100)	parti	5,00
Olio di fegato di merluzzo	»	95,00

'mib. ed emulsionate. Da somministrarne un cucchiarino da caffè al giorno.

KASSOWITZ.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

NASI A. — Circa l' inanizione nella mortalità infantile.

Fig. I.

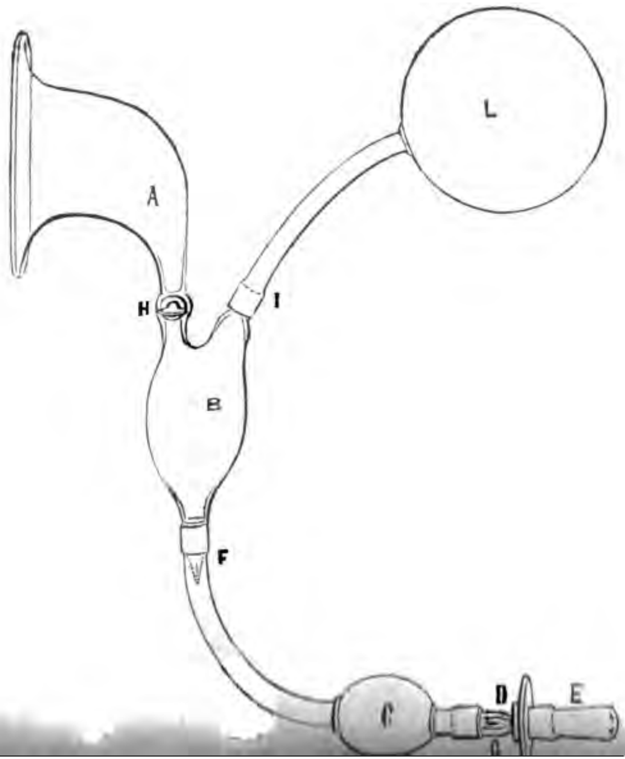
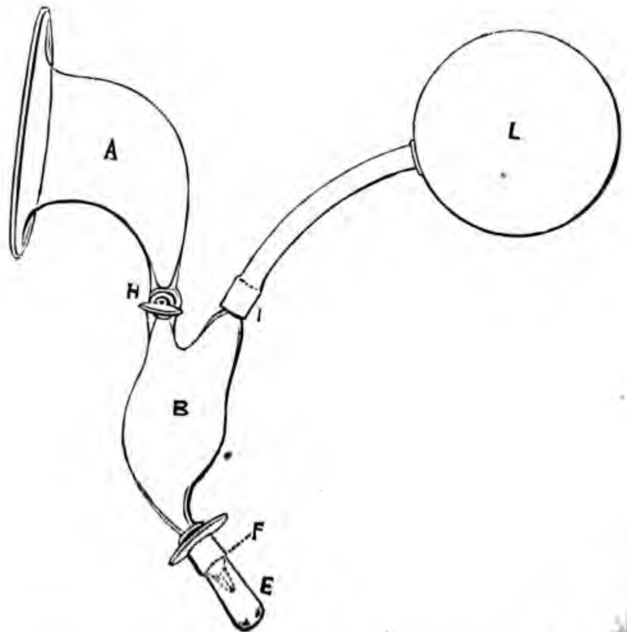
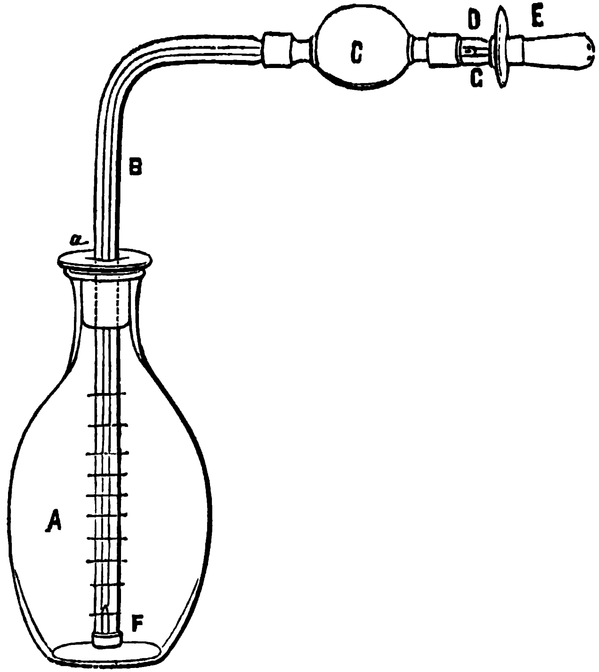
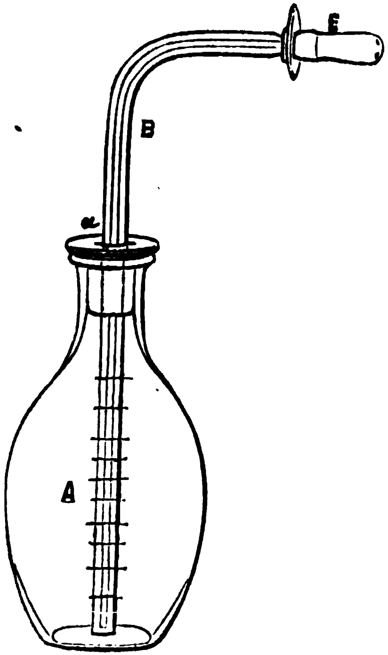


Fig. II.




A
B
C
D
E
C
F
a


A
B
E
a

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

CONTRIBUTO ALLA CASUISTICA DELLE AFFEZIONI DEL CERVELLO E SUE MENINGI

per il Dott. A. STEFFEN

Medico primario dell'Ospedale pediatrico di Stettino (1).

I casi che andrò a riferire li ritengo degni di essere pubblicati, perchè *intra vitam* non potette essere stabilita con certezza la diagnosi del processo patologico, e, fino al momento dell'autopsia, la diagnosi restò dubbia.

1.° Caso.

N. N. un ragazzo di 14 anni, fu accolto nel 12 luglio del 1888 nell'ospedale pediatrico. Dichiara che da una settimana e mezza ha vomito e diarrea, ma che per lo passato è stato sempre sano.

È un ragazzo di media statura, abbastanza emaciato. A sinistra ha un'ernia inguinale, che è ritenuta in sito da un cinto erniario. L'esame del petto fa rilevare che il cuore è in condizioni normali. L'apice pulmonale destro sta più profondamente di quello sinistro. A destra ed in sopra, in avanti e posteriormente risuonanza di percussione ottusa, e rantoli consuonanti. Le altre sezioni pulmonari non presentano nulla di abnorme. Tosse senza espettorato. Fegato e milza hanno grandezza e posizione normale. Addome tumido, ma non sensibile alla pressione nè al movimento. Lingua arrossita. Molte scariche ventrali al giorno.

Febbre variabile, ma per lo più con esacerbazione serotina.

Al 18 luglio si potettero raccogliere per la prima volta gli espettorati ed esaminarli. In quest'esame ed in quelli fatti ripetutamente in prosieguo si constatarono grandi quantità di bacilli. Scariche ventrali liquide si alternavano con quelle pultacee.

Nei primi giorni del mese di agosto l'infèrmo accusò spesso cefalea, che poi scomparve completamente. L'esame fisico dei polmoni fece rilevare l'identico reperto all'apice destro; rantoli diffusi, in parte consuonanti, nei due pulmoni.

Verso la metà del mese di novembre apparvero transitorie ce-

(1) Traduzione del Dott. Vincenzo Meyer.

falalgie e vomito. A partire da quel tempo l'umore del ragazzo subì un mutamento essenziale. Mentre prima era stato sempre di umore amichevole e gentile, divenne brontolone, cupo, pretenzioso. Col progredire della malattia, questi sintomi aumentarono sempre più, ed egli finì addirittura per inebetirsi e non giudicare neppure esattamente i suoi rapporti colle persone che gli stavano vicino. E così, per es., quando era già tanto emaciato che non aveva più forza di reggersi in piedi, chiedeva il permesso di andare per un pajo d'ore a casa onde visitare i suoi genitori. La coscienza non sparve in lui giammai.

Col progredire della tisi polmonale, aumentò la diffusione dei rantoli consonanti; a destra apparve pleurite con essudato; in ultimo si produssero trasudati nelle cavità sierose e nel connettivo sottocutaneo. Non si potette accertare albumina nell'urina.

Al 3 febbraio del 1889 accadde l'esito letale.

A mezzodì del 4 febbraio fu fatta l'autopsia (dal dott. W. STEFFEN *junior*).

Cadavere abbastanza dimagrato. Leggieri edemi delle gambe. Nell'addome circa 1/3 di litro di liquido limpido e sieroso. Posizione normale dei visceri. Cavità pleurica sinistra senza liquido. L'apice del polmone sinistro avea contratto una leggiera aderenza colla pleura costale. Nella cavità pleurica destra circa 1/2 litro di liquido giallo-verdastro, fiocсoso. Il pulmone destro nelle sue sezioni posteriori aderiva fortemente con la pleura costale, mentre nelle sue parti anteriori era tappezzato da masse di essudato giallo-verdastro, fioccoso.

Il liquido pericardico leggermente aumentato. Il rivestimento pericardico del ventricolo sinistro era in parte tappezzato da masse fibrinose biancastre. Il cuore è voluminoso; i ventricoli sono lunghi 7, ed alla loro base sono larghi 10 ctm. Soprattutto quivi e lungo il tragitto dei vasi coronarî è rivestito di grasso. L'atrio ed il ventricolo destro erano straordinariamente riempiti da masse di cruore e grumi di cotenna, oltremodo dilatati (e la dilatazione era rimarchevole sopratutto nel « conus arteriosus ». Nel cuore sinistro vi erano poche masse di cruore, il ventricolo sinistro era poco dilatato; la sua massima spessezza ascendeva a ctm. 1,6; la spessezza del ventricolo destro era di ctm. 0,3. La tricuspide distesa misura ctm. 12,5, il lume della polmonale è molto ampio: Aorta e mitrale normali. La muscolatura del cuore è di un colore bruno sbiadito, molto flaccida.

I due pulmoni mostrano molte depressioni cicatriziali sulla superficie dei lobi superiori. Nell'interno vi sono molti tubercoli caseosi peribronchitici, nonchè caverne grosse e piccole. Immediatamente sotto la pleura si trovano in alcuni punti tubercoli ca-

seificati; tuttavia, in nessun punto è accaduto una perforazione. In direzione delle ora cennate depressioni cicatriziali decorrono briglie connettivali, i cui contorni presentano spesso una pigmentazione nerastra. I bronchi sono in parte dilatati; la mucosa bronchiale è coverta di un liquido muco-purulento.

Le glandole bronchiali e tracheali sono ingrossate e caseificate.

La milza è lunga 14 e larga 7 ctm; la superficie del taglio è di un colore rosso-azzurro, ed il suo tessuto è abbastanza compatto.

I reni hanno un volume normale. Difficilmente si riesce a distaccare la capsula. La superficie dell' organo e quella dei tagli hanno un colore rosso-bleu. La sostanza corticale ha una larghezza normale.

Il fegato è un poco ingrossato, di colore giallastro. All'aspetto appare nettamente come un fegato di noce moscato.

Nella porzione inferiore del tenue e nella massima parte del crasso vi sono molteplici ulcerazioni tubercolari, nonchè infiltrazione e parziale caseificazione dei follicoli solitarii. Tutto il cieco è trasformato in una superficie scabra ed infiammata. Il processo vermiforme è dilatato e riempito di pus. La mucosa è in parte ulcerata, un follicolo è nettamente caseificato. In corrispondenza delle ulcerazioni si trova spesso, sulla sierosa intestinale, uno sviluppo di tubercoli miliari.

Glandole mesenteriche ingrossate ed in massima parte caseificate.

Cranio grosso, simmetrico; la volta cranica ha una corrispondente spessezza. La dura madre è inspessita. I seni riempiti fortemente di sangue scuro e liquido. Il liquido cefalo-rachidiano è ben poco aumentato e leggermente intorbidato. La pia madre sulla convessità appare in complesso intorbidata, ed in alcuni punti è notevolmente inspessita. Con un esame accurato si riesce ad accertare in essa uno scarso numero di tubercoli. I vasi sono dilatati, e riempiti abbondantemente di sangue. La pia madre sulla base non presenta alterazioni. Il cervello è grosso e pesante. I ventricoli laterali ed il terzo ventricolo sono dilatati, e riempiti di liquido sieroso. I grossi gangli, il ponte, il cervelletto e la midolla allungata non mostrano alcuna anomalia. La sostanza cerebrale ha una consistenza pastosa. I solchi non sono spianati, le circonvoluzioni non sono appiattite.

Non cade dubbio, che nel caso ora menzionato l'affezione primaria deve essere riposta nelle glandole linfatiche degli organi della respirazione e del mesenterio. Indi furono attaccati i pulmoni e la mucosa intestinale. Relativamente a quest'ultimo, è a notare soprattutto l'ulcerazione tubercolare diffusa del cieco e la flogosi del processo vermiforme.

L'organo che fu colpito in ultimo dal processo tubercolare era la pia madre. Nella massima parte dei casi di questa malattia si trova attaccata esclusivamente o a preferenza la porzione basale della pia madre. Rarissimamente viene passionata soltanto la pia madre della convessità del cervello. Ciò che vi ha di peculiare nel caso ora riferito, è che i sintomi della flogosi della pia madre erano molto ben poco accentuati.

Sei mesi prima della sua morte, l'infermo accusò spesso la cefalalgia; essa però, dopo breve tempo, si dissipò del tutto. Tre mesi dopo apparve di nuovo una fugace cefalea, che era accompagnata dal vomito. Erano questi gli unici sintomi che potevano essere attribuiti ad incipiente sviluppo della tubercolosi nella pia madre. Nell'ulteriore corso della malattia l'infermo non accusò più la cefalea. Invece, apparve un profondo cangiamento del suo umore, e mentre il sensorio non era punto impegnato, egli non aveva più alcuna chiara percezione dei suoi rapporti colle persone circostanti. In base a questi fenomeni bisogna ammettere, che lo sviluppo della tubercolosi della pia madre con le sue conseguenze sia stato lentamente progressivo.

Nei casi, finora osservati, di meningite circoscritta alla convessità vi erano sempre cefalalgia, impegno del sensorio, convulsioni che mutavano di sede. Appunto conoscendo tal cosa, io nel caso sopra menzionato non attribuii i sintomi cerebrali ad una tubercolosi, ma li riguardai come l'espressione di stasi nel circolo sanguigno per effetto della progressiva debolezza dell'attività cardiaca.

2.° *Caso.*

P. A., bambina di 16 mesi, fu accolta al 7 gennaio del 1889 con sintomi di incipiente rachitide, di bronchite diffusa e flogosi della tonsilla sinistra. Nei giorni consecutivi si verificò un pronunziato miglioramento, ma al 16 gennaio apparve per la prima volta un mediocre opistotono, che aumentò nei giorni consecutivi. Lo sguardo era rigido. Tendenza al sonno.

Al 18 gennaio fu osservato per la prima volta il vomito, che fu oltremodo variabile nell'ulteriore corso della malattia. Appariva a sbalzi.

Al 19 si produceva un tremore generale non appena veniva toccata la bambina.

Al 20 tendenza al sopore. Movimento di leccamento e masticazione.

Al 21 si notò che le pupille erano dilatate e reagivano poco alla luce. La bambina grida quando la si tocca.

Nei giorni seguenti l'opistotono aumenta sempre più. Toccando il corpo, si produce un tremore generale, agita i piedi e grida.

Al 29 la bambina cade nel coma.

Nel dì seguente essa mostra qualche barlume di coscienza. Grido idrocefalico.

Al 2 febbraio vomito abbondante.

Appajono fugaci chiazze rosse sul corpo. Crampo tonico dei flessori del braccio sinistro.

Nei giorni consecutivi vi furono accessi di tosse, che facevano destare l'inferma di repente dal sonno. Nei movimenti del corpo appariva un tremore generale.

Al 13 febbraio apparve un crampo tonico dei flessori delle mani e dei piedi. Crampo degli estensori del braccio e della gamba.

Al 16 febbraio la bambina cadde in un coma profondo. Convulsioni generali.

Al 21 febbraio fugaci chiazze rosse sulla faccia e sul tronco. La grande fontanella è fortemente tesa ed arcuata.

Al 23 febbraio il coma persiste. La bambina non prende più nè alimenti, nè bevande. Leggiera ptosi della palpebra superiore sinistra.

Alle sette pomeridiane del 24 febbraio accadde la morte.

La febbre fu molto variabile durante il tempo che la bambina stette nell'ospedale. Nelle prime settimane il polso oscillava fra 94 a 140 battiti a minuto, la temperatura fra 36,9 a 39,8 (in media fra 37° a 38°), la respirazione fra 34 a 44 atti respiratorii a minuto. Alla sera del 1.° febbraio apparve una febbre intensa. La temperatura pervenne, di tratto in tratto, a 40,2 fino a 41,5 e la frequenza del polso da 122 a 170, e quella degli atti respiratorii da 24 a 78. Nella sera che precedette il giorno della morte ed al mattino di questo giorno la temperatura ascese a 42°, dopo la morte essa declinò persistentemente.

Autopsia fatta a mezzodì del 25 febbraio (dal dottor W. Steffen *junior*).

Cadavere dimagrato. Pronunziata rigidità cadaverica. Mediocre inspessimento delle epifisi della gamba e della coscia.

Il cranio in complesso è alquanto piccolo ma simmetrico. La grande fontanella non è chiusa ed è grossa quanto un tallero. La volta cranica in alcuni punti è trasparente. La dura madre a livello della fontanella, e da questo punto in direzione posteriore lungo la sutura fino all' osso occipitale, mostra una salda aderenza, però in nessun altro punto aderisce fortemente coll'osso. A causa di tal fatto, il distacco della volta cranica dalla dura madre non aperta presenta grandi difficoltà in quei punti. Mediante una trazione abbastanza pronunziata si riesce a vuotare una quantità considerevole di liquido sieroso, leggermente torbido, dalla metà destra inferiore del cervello. Nell'aprire la dura madre, nel distac-

carla, e nell'asportare la massa cerebrale si vuota ancora un poco di liquido ventricolare.

Il liquido cefalo-rachidiano è mediocremente aumentato, leggermente torbido. Il seno lungitudinale superiore è riempito di masse sanguigne semi-fluide, di colore scuro; anche gli altri seni si mostrano in complesso iperemici. Le circonvoluzioni cerebrali sono appiattate, i solchi scomparsi. Sulla convessità e sulla base del cervello non si scorge, per tutt'altro, nulla di abnorme. Nell'aprire i ventricoli laterali si nota che sono dilatati considerevolmente in tutti i sensi, e contengono gran copia di liquido. Nel ventricolo sinistro, che è intatto, vi ha circa 1|3 di liquido. Lo strato corticale al di sopra dei ventricoli è straordinariamente assottigliato, di guisa che il cervello appare in blocco come un grosso sacco. La perforazione del ventricolo laterale destro è accaduta nella regione del corno inferiore. A causa della pressione spiegata dall'essudato, i corpi striati ed i talami ottici sono notevolmente appiattiti; e le vene, che vi decorrono sopra, sono alquanto dilatate. I plessi appajono inalterati. L'ependima dei ventricoli è ovunque liscio, uniformemente intorbidato, fortemente inspessito, di guisa che, nella maggior parte dei punti, può essere facilmente asportato, in forma di una sottile membranella, dalla sottostante massa cerebrale, che ha un colore grigio-rossastro. Anche il terzo ed il quarto ventricolo sono fortemente dilatati. I grossi gangli, il ponte, il cervelletto e la midolla allungata non presentano speciali alterazioni. Il cervello in complesso è alquanto molle.

I due pulmoni sono straordinariamente flosci, piccoli, contengono poc'aria. Incipiente polmonite nella parete posteriore del lobo inferiore sinistro. I bronchi sono quindi riempiti di tenue quantità di masse di muco liquido biancastro:

Il cuore non presenta nulla di abnorme.

La milza è di grandezza ordinaria, la sua superficie ha un colore rosso-azzurrognolo; al taglio il tessuto appare abbastanza compatto.

I reni hanno un volume normale; la capsula è facilmente distaccabile; la superficie è liscia. I tagli mostrano un colorito rossastro-bleu. La sostanza corticale presenta una larghezza normale ed un'evidente stiratura.

Il fegato è leggermente ingrossato ed iperemico. In molti punti la figura dei lobuli epatici è sbiadita. I tagli presentano un colore rosso-bruno e sono disseminati di focolai giallastri.

Lo stomaco ed il canale intestinale non mostrano nulla di abnorme.

Le misurazioni fatte intra vitam diedero quanto segue: circonferenza del capo ctm. 45,5, del torace 46.

Questo caso presenta il raro esempio di una meningite puramente ventricolare senza impegno della pia madre, della base e della convessità. Dal reperto necroscopico risulta che il processo è stato cronico, che il suo inizio rimonta ad un'epoca precedente alla ricezione nell'ospedale, e che alcune settimane prima della morte la meningite ha subita un'esacerbazione. Questo modo di vedere è avvalorato dal fatto, che sui plessi coroidei erano già scomparse le note della flogosi, mentre la sede primaria della flogosi era stata appunto la pia madre di codesti plessi. Invece, l'ependima, il quale suole essere impegnato dal processo in secondo tempo, e proprio allorchè questo è già durato lungo tempo, era notevolmente inspessito, per guisa che poteva essere facilmente distaccato dalla limitrofa massa cerebrale. Oltre a ciò il decorso cronico della malattia è dimostrato pure da che il versamento ventricolare aveva interessato non solo i due ventricoli laterali (come d'ordinario suole accadere) ma anche il terzo ed il quarto ventricolo, determinando gradatamente una fortissima compressione della massa cerebrale, specialmente sulla convessità. Questa compressione aveva dovuto essere oltremodo pronunziata, perchè le suture del cranio, le quali presentavano grandezza ed estensione normale, si erano fortemente chiuse molto per tempo, e non cedettero alla massa cerebrale che vi premeva contro. Quindi la struttura del capo non poteva fornire *intra vitam* un criterio, dal quale si avesse potuto desumere l'esistenza di un versamento ventricolare tanto considerevole.

Quando la bambina fu accolta in clinica al 7 gennaio non presentava sintomi, che avrebbero dovuto essere attribuiti ad un'affezione delle meningi cerebrali. Laonde bisogna ammettere che, verso quello scorcio di tempo, la meningite si fosse arrestata, che avesse prodotta una certa quantità di versamento, e che la massa cerebrale si fosse accomodata alla compressione gradatamente prodottasi. L'opistotono, che apparve per la prima volta al 16 gennaio, mutò la scena. Al principio era leggiero, ma poi, pur presentando alternative, aumentò durante il corso della malattia. Del resto, i sintomi che annunziavano la meningite, al principio erano leggieri, ed aumentarono lentamente d'intensità. Tutto il quadro nosologico, il graduale sviluppo, lo svariato alternarsi dei sintomi, doveva al principio indurre ad ammettere che potesse trattarsi di una meningite tubercolare basale. Una meningite semplice avrebbe dovuto decorrere con sintomi piuttosto tumultuarii. Pertanto, l'ulteriore decorso della malattia rese anche dubbia la diagnosi di una meningite tubercolare, senza però fornire un criterio in base al quale avesse potuto ammettersi che trattavasi di una pura meningite ventricolare.

L'opistotono fu il primo sintomo di un'esacerbazione della flogosi e di un repentino aumento del versamento. Quest'ultimo fatto determinò la comparsa dei sintomi della compressione cerebrale, che aumentarono e si esasperarono nell'ulteriore corso della malattia.

Nelle malattie del cervello e delle sue meningi d'ordinario si osserva, quando esse decorrono con febbre e convulsioni generali, un aumento postmortale della temperatura. In questo caso accadde l'opposto: Nel giorno in cui si verificò la morte, la temperatura al mattino era ascesa a 42, alla sera quando avvenne l'esito letale essa era a 40; quindici minuti post-mortem discese a 39,1, e dopo altri quarantacinque minuti era a 37,8.

3.° Caso.

A. R. di anni 5, fu accolto nell'ospedale al 18 gennaio del 1889 con paralisi al lato destro. Circonferenza del capo 42 ctm., del torace 57 centimetri.

I genitori del bambino sono sani. La madre lo allattò per 16 mesi; tuttavia, già all'età di tre mesi gli si dava, oltre il latte, a mangiare quasi tutto. Il primo dente spuntò a 11 mesi. Subito dopo compiuto il primo anno imparò a camminare e parlare. Nel mese di giugno del 1887 fu curato nella policlinica dell'ospedale pediatrico, per frattura della clavicola sinistra; per tutt'altro era allora sano. Nel mese di settembre del 1888 cadde a terra per un urto ricevuto da una ragazza che correva, e restò per breve tempo privo di sensi. Tuttavia, il suo stato migliorò in poco tempo, e non ebbe allora nè vomito nè epistassi. Nel mese di ottobre la madre notò che il bambino spesso teneva il capo penzoloni e floscio, ma non se ne curò più che tanto, perchè il bambino poteva, volendo, tenere il capo ben dritto. Nel mese di dicembre il bambino ebbe il morbillo.

Al 17 dicembre fu condotto nella policlinica, avendo egli una leggiera blefarite a sinistra. Fu notato allora che il bambino teneva volontariamente il capo in direzione obliqua. Verso la fine del mese la madre si accorse che gradatamente erasi sviluppata una debolezza nella gamba e nel braccio destro; oltre a ciò, nel ridere la bocca veniva stirata a sinistra. La debolezza dell'arto superiore ed inferiore destro aumentò, la favella incominciò a divenire indistinta, per cui fu condotto il bambino nell'ospedale.

Ivi si notò che la favella era stentata, le parole venivano profferite lentamente, a spizzico, e non erano ben comprensibili.

Questo disturbo andò gradatamente aumentando fino a tal punto che negli ultimi 14 giorni prima della sua morte il bambino non potette più parlare. Spesso si scorgeva chiaramente che egli de-

siderava di parlare, ma non poteva emettere alcun suono. Anche la deglutizione era impedita, ed il meccanismo si compiva lentissimamente; spesso la metà degli alimenti ritornava dall'esofago nella bocca. Le facoltà psichiche erano normalmente sviluppate.

Considerevole diminuzione della motilità e della sensibilità delle estremità destre. Paralisi del facciale destro, ad eccezione del ramo superiore. Riflessi periostali conservati. Riflesso patellare più forte a sinistra che a destra. Nessun riflesso del tendine di Achille.

In complesso questo stato persistette immutato fin verso la meta di febbraio. Il bambino poteva lasciare il letto, e starsene per ore intere sopra una sedia con spalliere laterati. Fu trattato con joduro di ferro, con la corrente costante, ecc.

Verso la metà di febbraio l'infermo incominciò a stare continuamente a letto. Non vi era la febbre, ma le forze scemavano sempre più; egli era apatico, i sintomi paralitici aumentavano gradatamente. Diarree intercorrenti notturne accelerarono la catastrofe. Nella notte del 26 al 27 febbraio si produsse repentinamente un grave accesso adinamico accompagnato da rantoli. Al mattino l'accesso scomparve, lo stato del bambino era identico a quello dei giorni scorsi. Negli ultimi giorni l'appetito era sempre più diminuito. Si era sviluppata una bronchite diffusa. Nelle ore antimeridiane del 27 apparve un secondo accesso analogo al sopra descritto; ed aumentando il collasso al 28 accadde la morte.

Autopsia praticata a mezzodì del 1.° marzo (dal dottor W. STEFFEN *junior*).

Cadavere discretamente dimagrato, pronunziata rigidità cadaverica, numerose chiazze cadaveriche sul lato dorsale del corpo. Nell'addome non vi ha alcun versamento liquido. Posizione normale dei visceri.

Il diaframma sta ad amendue i lati a livello della quinta costola. Nelle cavità pleuriche non vi ha versamento di liquido. I polmoni non hanno contratto nessuna aderenza. Il liquido nel pericardio non è accresciuto.

Il cuore è di grandezza normale. Apparato valvolare intatto.

Amendue i polmoni presentano forte iperemia nei lobi inferiori. Mucosa bronchiale arrossita e coverta di liquido muco-purulento.

La milza sulla superficie e sui tagli mostra un colore rosso-bleu. Il suo tessuto è abbastanza compatto.

I reni hanno dimensioni normali. Capsula facilmente distaccabile; superficie liscia. Le superficie dei tagli mostrano un colore rosso-bruno, le piramidi uno rosso-azzurro. Sostanza corticale non assottigliata. Striatura abbastanza evidente.

Il fegato è leggermente ingrossato, di color rosso-bruno; la quantità del suo sangue è aumentata. In alcuni punti il colore è giallastro. La massima parte dei lobuli è indistinta.

Lo stomaco ed il canale intestinale non mostrano alcuna anomalia.

Il cranio è normale e simmetrico. La dura madre a livello della grande fontanella, e lungo la sutura fino all'osso occipitale, presenta una salda aderenza; ma in nessun altro punto aderisce fortemente coll'osso. I vasi della dura madre sono fortemente riempiti di sangue, tutti i seni sono molto iperemici. Il liquido cefalorachidiano non è accresciuto. I vasi della pia madre sono straordinariamente riempiti di sangue. Sulle parti posteriori del cervello le circonvoluzioni sono appiattite ed i solchi spianati. Il cervello è grosso e pesante, di consistenza pastosa; sui tagli si notano numerosi stravasi emorragici puntiformi. I ventricoli laterali ed il terzo ventricolo sono mediocremente dilatati; il loro liquido non è aumentato. Nella parte inferiore ed esterna del nucleo lenticolare destro vi ha una zona, grossa pressochè quanto una fava, di colore giallastro, la quale al tatto è più molle delle parti circostanti.

Del resto i grossi gangli non presentano note speciali. Sulle superficie del cervello non vi sono cicatrici. Al ponte sovrasta in blocco una massa neoplastica, che ha un colore simile a quello della massa cerebrale, è alquanto appiattita, nettamente lobata, e presenta una superficie irregolare. Questa massa neoplastica è più fortemente sviluppata al lato sinistro, dove è grossa quanto un uovo di piccione; a destra ha pressochè il volume di una nocella. A sinistra il tumore si continua nel midollo allungato. A causa della produzione di questo tumore il « sulcus longitudinalis anterior » è alquanto spostato. Conducendo un taglio attraverso il tumore ed il ponte là dove la spessezza è massima, si nota che il ponte è più fortemente sviluppato al lato sinistro anzichè al destro. Nella sezione superiore del medesimo vi sono, a sinistra, piccoli stravasi emorragici; il tessuto circostante è più molle del rimanente. Ivi, il passaggio dal tessuto normale è quello neoplastico spicca ben poco, mentre altrove è ben delimitato. I cordoni fibrosi del ponte stanno in rapporto col tumore. Un taglio attraverso il midollo allungato, a livello dell'oliva che è tumefatta, fa rilevare che questa in gran parte è impegnata dal tumore. Praticato bentosto l'esame microscopico del tumore, si nota che esso appartiene alla classe dei gliomi. Insieme ad alcune fibre nervose e cellule ganglionari si scorge una sostanza fondamentale finamente fibrinosa, nella quale stanno inglobate cellule oblunge con diversi prolungamenti.

Allorchè il bambino fu accolto in clinica, si credette che potesse trattarsi di poliencefalite acuta, perchè l'anamnesi che fu raccolta era molto insufficiente. Il decorso della malattia, e special-

mente i sintomi progressivi della paralisi, deposero contro questa diagnosi. Soltanto dopo accaduta la morte, si pensò a rivolgere ai genitori domande più precise, soprattutto relative all'inizio della malattia, e fu possibile allora porre bene in rapporto i sintomi patologici col reperto necroscopico.

Il lento inizio dell'affezione e la graduale diffusione di questa dinotano che si trattava di un processo cronico, e probabilmente di un tumore che doveva risiedere al lato sinistro del cervello, perchè la paralisi era a destra. Il graduale disturbo della motilità e della sensibilità corrisponde ai sintomi che sogliono presentare i tumori del ponte. Non vi erano forme spastiche, e neppure diminuzione della temperatura ed atrofia degli arti paralizzati. La paralisi bulbare che esisteva ed aumentò gradatamente avea la sua sede allo stesso lato delle estremità paralizzate, mentre nei tumori del ponte essa suole ordinariamente presentarsi dal lato ove sta il tumore. Per effetto di questa paralisi bulbare la bocca era stirata a sinistra, la guancia destra pendeva floscia, la deglutizione era impedita, gli alimenti introdotti rigurgitavano in parte nella bocca, e venivano cacciati fuori. L'articolazione della favella era difficoltata, ed in ultimo completamente soppressa. Il sensorio rimase lucido, le facoltà mentali intatte fino alla morte. Gli accessi di dispnea, che apparvero negli ultimi giorni della vita, debbono essere riguardati con probabilità come conseguenza degli stravasi del sangue nel ponte. Il punto rammollito nel nucleo lenticolare destro non produsse sintomi chiaramente percepibili intra vitam.

Ospedale S. Pietro di Brusselle.

Clinica delle malattie dei bambini

SU DI UN CASO DI MALATTIA CONGENITA DEL CUORE

per il Dott. EDUARDO TORDEUS (1).

Signori,

Per un lungo periodo di tempo le malattie di cuore nei bambini sono state considerate come assai rare, ragione per la quale il loro studio fu abbastanza trascurato. Oggi, però, che tutti gli infermi, grandi e piccoli, vengono sottoposti ad un'esame com-

(1) Traduzione di G. Somma.

pleto, che tutti i loro organi sono attentamente studiati e si cerca di rendersi conto del modo come essi funzionano (nel modo stesso che i lamenti dell' infermo non si riferiscono che a dei fatti di un certo ordine), oggi, diceva io, si ammette che l'infanzia non è preservata dalle affezioni cardiache.

Il bambino, che vi è dinnanzi, conta due anni di età; egli offre, fin dalla età di tre settimane, questa colorazione bluastra della pelle e delle mucose che vi colpisce a prima giunta; di tanto in tanto ha degli accessi di dispnea, di soffocazione, durante le quali la colorazione bluastra diventa più scura e quasi nera.

Come vi è dato di constatare, il piccolo malato, che è poco sviluppato alla sua età e che non sa ancora camminare, conserva a preferenza il decubito laterale sinistro; se si tenta a farlo coricare sul lato destro egli fa il viso arcigno, si mette a piangere e, non appena lo si lascia libero, egli riprende ben presto la sua posizione abituale, cioè a dire coricato sul lato sinistro.

I piedi e le mani sono gonfiati e di un colorito rosso violaceo presentando una temperatura che è più bassa in confronto a quella del rimanente del corpo; le estremità delle dita sono del parí tumefatte ed offrono quella disposizione speciale conosciuta sotto il nome di dita a bacchetta di tamburo.

La pelle offre una colorazione bluastra che è sopratutto manifesta alle orecchia, alle narici, ed alle guancie. La faccia è leggiermente buffoluta, gli occhi sono proeminenti, le congiuntive injettate. La lingua e le labbra sono tumefatte e di colorito bleu; la mucosa della bocca presenta egualmente una colorazione bleu-scura. Si contano sei denti. Il collo non offre nulla di particolare.

La configurazione del torace è normale, la respirazione è accelerata ed un po'penosa.

La punta del cuore è visibile nel quinto spazio intercostale, un poco allo interno del capezzolo. Non fregamento pericardico.

La percussione del polmone è normale; il mormorio vescicolare è alquanto aspro; non vi sono rantoli.

La mattezza del cuore non è aumentata affatto. All'ascoltazione si ode su tutta la regione del cuore un rumore di soffio, intenso, sistolico, che offre il massimo di sua intensità alla base del cuore e si prolunga da una parte verso la punta e dall'altra verso la clavicola sinistra.

Il polso è abbastanza forte e frequente (116).

Il ventre è trattabile, senza fluttuazione e con sonorità chiara da per tutto, il fegato è normale, la milza non sorpassa affatto i suoi limiti ordinarî.

L'urina è un po'carica, ma non contiene affatto albumina.

Le digestioni sono buone, le scariche alvine regolari.

Il fenomeno più saliente constatato in questo infermo consiste in una colorazione rosso-scura della pelle e mucose visibili, cioè a dire la cianosi; ma questa cianosi è ordinariamente ligata ad una affezione di cuore; il rumore di soffio che si ascolta su tutta la regione cardiaca lo dimostra fino alla evidenza. Noi possiamo aggiungere che questa infermità è congenita, poichè i fenomeni morbosi (cianosi, dispnea ecc.) si sono manifestati fin da alcune settimane dopo la nascita.

Ma, possiamo noi andare ancora più in là? possiamo precisare dippiù la sede e la natura di questa lesione? Nel farlo vi sarebbe alquanta temerità.

Ed infatti, le malattie congenite del cuore sono così numerose e varie, si manifestano con sintomi così vaghi, sì poco patognomonici e così difficili alla interpretazione che egli è, per così dire, impossibile di stabilire la loro diagnosi differenziale. Considerate di fatti che voi potrete avere a che fare non solamente con delle cattive conformazioni dei setti e degli orifici del cuore, ma benanche con delle alterazioni dei grossi vasi, non che con la persistenza delle vie fetali, e tutte queste anomalie o non dànno luogo ad alcun sintoma apprezzabile, oppure non si rivelano al letto dell'infermo che con segni poco precisi che non permettono affatto distinguere le une dalle altre. Mi basta citarvi a tal proposito la persistenza del forome ovale, la persistenza del canale arterioso, che esistono ancora nel primo tempo della vita estrauterina, e che intanto non dànno luogo ad alcun sintoma caratteristico.

Comprenderete facilmente che in queste condizioni, vista la impossibilità di riferire i fenomeni osservati a delle lesioni ben determinate, alcuni autori hanno avuto principalmente e quasi unicamente in vista, il sintoma più saliente, la cianosi, e che essi hanno voluto elevare all'altezza di una entità morbosa.

Ed è perciò che Gintrac definisce la cianosi « una malattia costituita dalla introduzione del sangue venoso nel sistema arterioso generale, a causa delle comunicazioni aperte sia tra le cavità destre e sinistre del cuore, sia tra i principali tronchi vascolari, malattia che è accompagnata dalla colorazione bluastra, livida della pelle e delle membrane mucose ».

Il prof. Grancher è di avviso che «l'applicazione della parola cianosi alla designazione di una entità morbosa è difettosa; essendo la cianosi un sintoma comune a molte affezioni, non ha qualità per rappresentare specialmente una di esse». Egli intanto l'accetta «perchè è stata consacrata da un lungo uso».

Io ho designata l'affezione di cui è sofferente il nostro piccolo

infermo sotto il nome di malattia congenita del cuore, poichè sono di avviso che non si saprebbe, salvo che non volessimo esporci a degli errori, designare la natura della lesione in un modo più speciale; la diagnosi più precisa che io cercherò di stabilire fin da ora, non può essere, sappiatelo bene, che una diagnosi di probabilità.

La dottrina, che designa la cianosi come una malattia cagionata dal miscuglio del sangue venoso, con quello arterioso è evidentemente difettosa. Posso all'uopo citarvi un buon numero di affezioni delle vie respiratorie che sono accompagnate dal colorito bleu della pelle, e nelle quali pertanto non si tratta di miscela delle due specie di sangue. D'altra parte negli annali della scienza esistono molti fatti relativi alla comunicazione delle cavità cardiache senza che, durante la vita, si fosse giunti a constatare l'abbenchè menomo grado di cianosi. Bizot su 137 casi di persistenza del forame di Botallo, ha notato 43 volte la mancanza completa della cianosi. Tutti generalmente conoscono l'osservazione di Zehetmayer: assenza completa del setto interventricolare, niente cianosi. Quella di Breschet non è meno celebre; l'arteria sottoclavicolare sinistra sorge dall'arteria polmonare; l'arto superiore sinistro non riceve perciò che sangue venoso; ed intanto quest'arto presentava la medesima colorazione normale di quello destro.

Sono questi dei fatti di una reale importanza e di natura tali da dimostrare l'insufficienza della dottrina della miscela del sangue venoso con l'arterioso.

Ma, può da tanto inferirsi che questo miscuglio non possa godere alcun valore nella manifestazione della cianosi? Lungi da me questo modo di vedere; io stimo invece che un sangue misto, cioè a dire quel sangue che possiede le proprietà del sangue venoso ed arterioso nel medesimo tempo, debba contenere maggiore quantità di acido carbonico del sangue puramente arterioso; e per conseguenza, circolando nei vasi periferici esso deve necessariamente comunicare ai tessuti ed alla pelle una colorazione più scura.

Secondo un'altra teoria, la cianosi congenita sarebbe il risultato di un disturbo circolatorio, di una stasi venosa nei vasi periferici.

Fin qui niente di più esatto; ma la esagerazione comincia precisamente quando si pretende che questo disturbo circolatorio è sempre prodotto da un restringimento dell'arteria polmonale. In altri termini, per alcuni autori, cianosi cardiaca congenita e restringimento od obliterazione dell'arteria polmonale sarebbero sinonimi. Ebbene, ciò costituisce un'errore o per lo meno una esa-

gerazione. Il restringimento dell'arteria polmonale si riscontra assai spesso negl'individui affetti da cianosi cardiaca congenita; io ve lo concedo; ma esso non costituisce la sola ed unica lesione; assieme ad essa si riscontrano altre lesioni, come l'inocclusione dei setti interventricolare ed interauricolare, la persisistenza del condotto di BOTALLO, che cagionano del pari la colorazione bluastra della pelle. E, notatelo bene, queste ultime alterazioni possono esistere sole, cioè a dire che esse non sono sempre subordinate alla presenza di una stenosi o di una obliterazione dell'arteria polmonale, come vorrebbero alcuni autori.

I sintomi principali della stenosi dell'arteria polmonale sono: la cianosi, l'ipertrofia del ventricolo destro ed un rumore di soffio sistolico con il suo massimo d'intensità nel sito di origine dell'arteria polmonale e prolungantesi a sinistra verso la clavicola. Il nostro infermo presenta due di questi sintomi cardinali, la cianosi ed il soffio con i peculiari caratteri da me poc'anzi citati; in lui, dunque, noi possiamo ammettere l'esistenza probabile di una obliterazione dell'arteria polmonale. È ben vero che nel nostro infermo, non si constata affatto la esagerazione della mattezza cardiaca; ma questo sintoma non è poi assolutamente necessario; essa può far difetto nei casi in cui esiste una larga comunicazione fra le cavità del cuore.

Ora, è precisamente questo il caso che si verifica nel nostro infermo, a volerne giudicare dalla direzione del soffio verso la punta del cuore, e sopratutto per la predilezione che l'infermuccio mostra a coricarsi sempre sul lato sinistro, posizione che favorisce singolarmente il passaggio del sangue dal ventricolo destro in quello sinistro.

Queste due lesioni, stenosi dell'arteria polmonale e comunicazione delle cavità fra loro, si riscontrano alcune volte simultaneamente nello stesso ammalato, e, per alcuni autori, questa comunicazione interauricolare o interventricolare costituisce in qualche guisa un compenso, un'alterazione necessaria al mantenimento della circolazione nei casi di stenosi della polmonare. Ed ecco come: per effetto del restringimento, il sangue si accumula nel ventricolo destro, che vien disteso, e refluisce nell'orecchietta destra; indi, attraversando il forame di Botallo, passa nell'orecchietta sinistra per guadagnare consecutivamente il ventricolo sinistro e l'aorta. Ma, se la lesione si è prodotta prima del 2° mese della vita embrionale, cioè a dire prima della chiusura del setto interventricolare, il sangue passa dal ventricolo destro in quello di sinistra e da questo nell'aorta, stabilendosi dunque una corrente sanguigna continua da destra a sinistra che si oppone allo sviluppo completo del setto.

Questa maniera di spiegare la patogenesi delle cattive conformazioni dei setti è molto seducente ed applicabile ad un gran numero di casi, ma non a tutti, stante che qualche volta si è constatato la persistenza del canale di BOTALLO, l'assenza completa del setto indipendentemente da ogni restringimento dell' arteria polmonale. Si ammette in questi casi sia un arresto di sviluppo, per esempio: un' apertura abbastanza grande del forame di BOTALLO, l'assenza della valvola; sia un'affezione del polmone al momento della nascita, come l' atelectasia polmonale o la pneumonia che impedisce la funzione del circolo polmonale.

In quanto poi alla etiologia delle malattie congenite del cuore io non ho niente a riferirvi: si è attribuita alla diatesi reumatica ed al rachitismo dei parenti la manifestazione delle cattive conformazioni cardiache; ma i fatti, riportati allo scopo di dimostrare l'influenza di queste condizioni etiologiche, sono ancora troppo poco numerosi perchè si possano ritenere queste ultime, più che delle ipotesi, come spieghe più o meno ammissibili.

Vi ho già accennate le difficoltà che si riferiscono alla diagnosi precisa della lesione cardiaca. Queste difficoltà sono qualche volta così grandi, che alcuni medici, assai sperimentati, e tra gli altri il prof. HENOCH per esempio, non esitano a dire che questa diagnosi è impossibile nella maggioranza dei casi.

Ed il pronostico deve necessariamente subire l'incertezza che circonda la diagnosi. In tesi generale, le cattive conformazioni risultanti dalla persistenza delle vie fetali (forame ovale, condotto di Botallo) sono quelle che permettono la maggiore durata della vita. La stenosi polmonale è sempre un'affezione assai grave che può cagionare rapidamente la morte per asfissia. Nella pratica, voi dovete farvi sempre guidare dall'assenza o dalla violenza di certi sintomi, come la cianosi, i parossismi di dispnea, l'indebolimento generale, ecc. Più la cianosi è intensa e permanente, più gli accessi di soffocazione si ripetono a breve distanza, e più il pronostico diventa grave. La morte è prossima allorchè questi sintomi assumono un alto grado d'intensità.

Dal punto di vista profilattico si adotterà ogni mezzo atto ad impedire nei neonati il disordine della involuzione delle vie della circolazione fetale; si baderà dunque a combattere con energia tutte le affezioni polmonali capaci ad impedire la espansione dei polmoni e lo stabilirsi in modo definitivo della piccola circolazione.

Una volta dichiarata l'affezione, il medico non deve avere altro còmpito che di prescrivere una igiene severa e di moderare il più che sia possibile la violenza dei fenomeni.

L' infermo eviterà con cura ogni fatica, ogni emozione, ogni

eccesso. Se si tratta di un neonato o di un bambino di piccola età, lo si affiderà ad una buona nutrice. I bambini più grandicelli faranno uso, come alimenti, di uova, di brodo, di carne e sopratutto del latte, si abitueranno al thè ed al caffè e non prenderanno come bevanda che un po' di birra leggiera e ben fermentata.

I parossismi di dispnea, le palpitazioni saranno combattute con la digitale e con gli antispasmodici, come il bromuro di potassio, il lauro-ceraso, la caffeina, ecc.

Nei casi gravi si ricorrerà agli stimolanti diffusivi (etere, canfora, ammoniaca), senza dimenticare gli stimolanti cutanei, come i senapismi, le ventose, le frizioni ecc.

DEL PASSAGGIO NEL LATTE DI ALCUNI MEDICAMENTI

Ricerche Sperimentali

del Dott. V. TEDESCHI

Docente pareggiato di pediatria della R. Università di Padova.

Che nel latte della donna possano passare le più svariate sostanze alimentari o di medicamento, è opinione radicata e forse non solo nel popolino. — Ognuno fra noi ha inteso dire le cento volte alle madri: ho preso l'olio di ricino o la magnesia, perchè *il bambino* ne aveva bisogno; il mio piccino ebbe dolori, perchè mangiai l' insalata o i fagiuoli, e così via.

Noi medici, meno sicuri della nostra medicina, di quanto sia il popolo della sua, vince assai spesso l'imbarazzo, nel prescrivere un medicamento, specie se eroico, ad una donna lattante ed il più delle volte ce ne asteniamo prudentemente.

L' imbarazzo ci coglie, non meno grande, quando le madri ci richiedono se il mangiare la tale o la tal' altra vivanda, possa nuocere al bambino, e rispondiamo a sapor di bocca, in conformità a qualche vecchia consuetudine od a qualche superficiale esperienza, che ci sembri aver raccolto nella pratica; nel nostro noi però non ci sentiamo soddisfatti della risposta che abbiamo dato, sia essa affermativa, evasiva o negativa.

La bibliografia che dell'argomento ho raccolto, posta dopo questo lavoro, dovrebbe per la sua apparente ricchezza infondere la fiducia, che in proposito si sia informati a sufficienza. Nell'approfondirne lo studio però, questa convinzione sparisce del tutto. Ritornerò fra breve sull' argomento; mi si permetta in prima, che io dichiari la incompiutezza della bibliografia da me messa insieme; non sarò, spero, imputato di mancata diligenza, da

chi sia conscio della difficoltà inerente a ricerche bibliografiche in genere, e voglia pensare, come debbano essere nel nostro caso penose queste, che devono essere fatte nei più svariati campi della medicina non solo (ginecologia, pediatria, igiene, medicina forense, chimica medica, e via via), ma in quelli pure di altre discipline che poco o null'hanno di comune con la medicina, come nella veterinaria, nella letterattura, che tratta di caseificio, ecc.

Ciò premesso, ritorno all'argomento delle cognizioni, che si posseggono sul passaggio di certe sostanze nel latte a mezzo della alimentazione.

La più grande discordia regna fra gli autori, che trattarono questa materia. Non v'ha asserzione in argomento, può dirsi, che non trovi il suo contradditore.

Nè i termini del litigio si riscontrano soltanto a proposito di quelle sostanze che nel latte devono essere rintracciate per via chimica e di cui l'esame è riserbato a pochi, ma di quelle altresì che coi soli sensi dell'odorato o del gusto si ricercano ed appunto perciò dovrebbero dare nell'apparenza, migliore conformità di giudizi.

Cito ad esempio come Pehr Kölm sostenesse, che in Norvegia, il latte di vacca acquista l'odore caratteristico di pesce, se all'animale ne venga propinato l'olio, mentre Buffon d'altra parte, nega questo fatto assolutamente. La stessa contraddizione si trova nel riguardo del passaggio nel latte di certi principî amari di alcune piante. E mentre il Regelhy lo afferma per la genziana, lo nega il Klenze e per la genziana e per il Vermouth.

L'asserzione del Dietsch, che certe piante di odore speciale (e che da questa proprietà dovrebbero essere riconosciute nel latte dell'animale, che se ne ebbe a nutrire) non vi passino, ad eccezione del finocchio, è la sola che vada senza contraddittori.

In quanto alla ricerca di sostanze medicamentose, la quale maggiormente interessa noi, troviamo lo stesso fenomeno. Peligot trovò nel latte d'asina il joduro di potassio; ma non poterono scoprirlo nè in quello di vacca nè in quello di capra Radler e Simon; Strumpf ne trovò appena delle traccie.

Hosaus sostenne pure su base sperimentale, che il ferro passi nel latte e Bistrow lo constatò in tale dose da poterlo determinare quantitativamente.

Mondes de Leon invece, che a dire il vero sembra molto accurato nel metodo analitico scelto e che non si contentò di somministrare all'animale il ferro un giorno solo, ma ne seguitò l'uso per 8 giorni propinandolo in forma di lattato, nega che esso passi.

L'acido salicilico, offre pure un'esempio di tale incertezza nelle nostre cognizioni. Lo scoprirono nel latte Hörder, Pauli, Fehling,

Herdegen; non lo rintracciarono, nè Richter nè Woodhule; a Srumpf riuscì di trovarlo solo *alcune volte*.

Se aggiungerò che queste contraddizioni si affermano anche per lavori fatti sistematicamente per molte sostanze, dacchè Leward e Harrier le trovarono *tutte* nel latte, mentre Tidy e Kahler ne trovarono *nessuna* e se finalmente accennerò il fatto che Labourdette credeva tanto sicuramente al passaggio di sostanze medicamentose, da proporre questo latte *medicato naturalmente* in terapia, mentre Cullerier, Gibert, Moreau posero in dubbio il fatto, avrò detto mi pare abbastanza per provare il mio asserto, essere la questione ben lungi da una soluzione.

Per intanto però, lo studio di essa langue, quando appunto dovrebbe imporsi e specialmente al pediatra, per l'altissima importanza sua, anzichè essere posta nel dimenticatojo, come cosa inutile. Alcuni testi pregevoli infatti, che trattano della igiene del bambino, neanche l'accennano, altri la toccano di volo, senza cercare di sviscerarla; nell'aureo libro p. e. di Uffelmann (Hygyene des Kindes) l'autore non concede alla questione più di quattro riguccie, nelle quali asserisce *che per esperienza si sa* come alcune sostanze alimentari (birra amara, aromi, legumi, ecc.) nuociano al bambino, se consumati dalla madre, e che i sali di ferro, di piombo, di zinco, il jodio, il joduro di potassio, l'acido salicilico *si sa che passano nel latte*. Una affermazione fatta su basi assai poco scientifiche la prima, molto precipitata la seconda invero.

*
* *

Da un esame del dettaglio dei singoli lavori, l'importanza dei risultati si dimostrerà menomata ancora, per il modo, onde gli esperimenti, nella gran maggioranza dei casi, furono condotti.

Alcuni infatti, non sono giudicabili al preciso loro valore, perchè non apparisce, quale sia stato il procedimento chimico adoperato; troppo spesso, le conclusioni sono tratte da uno o da qualche esame isolato. — Il valore di queste esperienze non può ambire ad essere decisivo. — Limitandosi ad un esame solo può sfuggire *il momento* nel quale la sostanza sia passata nel latte. — E in genere si può asserire che il criterio, che dovrebbe invece presiedere sempre, alla scelta appunto del momento, nel quale il latte da esaminarsi venne raccolto, rispetto a quello, in cui venne somministrato il rimedio, è trascurato nella maggior parte dei lavori. La poca attendibilità che meritano certe asserzioni rispetto la ricerca di sostanze chimiche, credo la meritano altre, che si riferiscono a ricerche di sostanze di altra natura, ma anche eventualmente modificatrici, della secrezione lattea. Mi spiego:

Noi sospettiamo, che certe sostanze alimentari (quali siano veramente neanche l'opinione volgare si accorda sempre) di cui si

cibi la nutrice, possano essere causa di dispepsie, coliche, catarri delle vie digestive del lattante.

Ma dove sono veramente gli studi, o le osservazioni, che servono di base a questa asserzione? Noi medici ci facciamo rimorchiare in questo riguardo, come certo qualche altra volta ciò avviene, e forse inconscientemente, dall'opinione popolare.

Io, fino dai primi passi nella mia carriera pratica, cercai di cogliere qualcuno di questi fatti, che mi dassero una convinzione. — Mai mi vi sono imbattuto sicuramente. La sostanza, che mangiata dalla madre in un caso, sembrava avesse nuocioto al poppante, vidi tollerata splendidamente in altro analogo caso. — E in genere vidi sempre e solamente nuocere al lattante quei cibi che non conferivano alla madre e che ad essa erano causa dei disturbi.

In questo caso è la malattia, il malessere che modifica il latte della donna, non il cibo o almeno non direttamente.

Studi assai minuziosi, assai completi ed importanti, fatti sulla secrezione del latte di vacca a scopo industriale, dicono quasi ad una voce, che la composizione quantitativa del latte, è assai scarsamente influenzata dalle diversità dei più diversi foraggi.

Da quanto ho ricordato, chiaro apparisce il bisogno di nuovi e seri studi ; è d'uopo però circondarsi nelle ricerche di ogni precauzione, eliminare con pedantesco scrupolo le cause d'errore, moltiplicare gli esperimenti chimici e le osservazioni cliniche ; allora soltanto, questa vergognosa lacuna, che ci mette alla pari della donnicciuola del popolo, sarà colmata.

Ad una parte di questo lavoro, troppo immane per poter essere di uno solo, per l'interesse grandissimo, che deve ricavarne in prima linea il pediatra, io porto il mio modesto contributo.

*
* *

Il tema che io mi sono prefisso di studiare è alquanto limitato: *Sperimentare, cioè, se somministrando alla madre alcuni rimedi, a dose medicamentosa (talvolta un po' spinta) essi si ritrovino poi nel latte ed in quali proporzioni.*

Ho principiato con sostanze anorganiche ed è di ciò , che vi presento i risultati che ottenni — Delle sostanze organiche mi occuperò in avvenire.

L'animale scelto per le mie esperienze è l'asina.

Esso è l'unico (a parte il cavallo) che dia un latte, il quale se pur varia da quello della donna, esso non varia che quantitativamente; qualitativamente esso è identico.—La reazione chimica ne è eguale, le caseine che questi due latti contengono (ebbi occasione di intrattenermi lungamente su ciò nel mio lavoro: — Note

cliniche e studi sperimentali sulla alimentazione della prima infanzia) hanno la proprietà di precipitare ambedue con gli stessi reagenti chimici e ciò che più vale, nella identica forma.

La scelta dell'animale in questo genere di esperienze, mi sembra della più alta portata.

Lo scopo finale delle nostre esperienze dopo tutto, è quello di fornirci criteri che siano applicabili con una certa probabilità all'uomo. Scegliere ora per queste esperienze la vacca o la capra come fu fatto dai più, non mi sembrò consulto. Il solo PELIGOT scelse l'asina per la ricerca del joduro di potassio. — Che valore di applicazione possono avere i risultati trattandosi di un latte per quantità e per qualità dei suoi componenti nonchè per reazione così essenzialmente diverso dal latte di donna? — Le deduzioni che si possono ricavare adoperando il latte di asina, per la sua somiglianza con quello di donna, saranno più facilmente applicabili a quest'ultima, dovendo ammettere per la somiglianza dei due latti che le leggi fisiologiche che presiedono a questa secrezione nell'una e nell'altra, quindi i rapporti fra digestione, assimilazione e secrezione sieno per lo meno molto simili.

Certo il meglio di tutto sarebbe stato scegliere per le esperienze la donna. — Sono ovvie però le difficoltà che si incontrerebbero ; la prudenza non consentirebbe in primo luogo un troppo largo sperimentare, la quantità del latte raccolto sarebbe troppo scarso per poter servire ad indagini chimiche di certa esattezza, senza dire della probabilità poca, che si avrebbe di trovare una donna, la quale si adatti alla mungitura.

Le mie esperienze si limitano ora alle seguenti sostanze: arsenico, ferro, rame , joduro di potassio , bromuro di potassio , calce e magnesia.

*
* *

Riferendo poi partitamente delle singole esperienze dirò quanto di speciale si riferisce ad ognuna di esse. — Qui basta accennare in via generale al metodo di analisi scelto, alle cautele adottate.

Le mie esperienze chimiche furono tutte controllate , potrei dire fatte in collaborazione con il chimico Dott. VITTORIO TEDESCHI — Il prof. CIAMICIAN mi fornì molti consigli nella scelta dei metodi analitici.

È a lui che devo la scelta del biossido d'azoto per la distruzione delle sostanze organiche, che fu adoperata come operazione preliminare in qualche analisi.

I medicamenti sono stati somministrati all'animale sempre *me presente*. — Parlando dei singoli esperimenti riferirò quanto a lungo ogni singolo venne continuato. — Qui basti dire che furono

propinati tutti molto a lungo. — Per una serie di giorni ogni rimedio venne dato a digiuno, e continuato poscia per un altra serie mescolato col cibo, allo scopo di coglierne le eventuali differenze.

Il latte venne munto sempre partitamente, due e quattro ore dopo la somministrazione del rimedio; per ogni rimedio un giorno o due e precisamente uno di quelli, nei quali la dose era massima, lo si munse anche dopo 6, 8, 10, 14 e dopo 16 ore. — Ciò come ovvio nell'intenzione di stabilire in qual momento avvenga l'assimilazione della sostanza eterogenea per parte del latte.

Il latte appena munto veniva imbottigliato e conservato secondo il sistema di Appert. — A questo modo avevo nel mio laboratorio, pronto il materiale da lavoro, del quale potevo servirmi in proporzione del tempo, che avevo a dedicargli, senza farmene schiavo, e senza che avesse a decomporsi.

Metodo chimico scelto per la ricerca dell'arsenico.

Trattandosi del rintracciamento di quantità probabilmente assai esigue di arsenico, era importante, che la operazione preliminare per l'analisi, la distruzione delle sostanze organiche, avvenisse con metodo tale, da evitare ogni eventuale perdita. Per queste ragioni indipendentemente da altre, che lo consigliano, mi son servito del metodo indicato dal Dott. Marino-Zuco (Nuovo metodo per la distruzione delle materie organiche nelle analisi tossicologiche — Nota della R. Accademia dei Lincei — Roma 1888) Esso consiste nell'uso del biossido di azoto.

Il latte fu evaporato a secchezza a bagno-maria; fu poscia trattato con acido nitrico concentrato. Si fece allora gorgogliare nel liquido una corrente di biossido di azoto.

Dopo che questo gas ebbe ad agire per circa un'ora, tutte le sostanze organiche (eccetto i grassi) erano passate in parte allo stato di soluzione, in altra parte andarono distrutte, di che ne fece prova l'abbondante sviluppo di acido carbonico.

Allo scopo di procurare poi la completa distruzione delle sostanze organiche, ho continuato in tutti i casi, a far agire il biossido di azoto per 24 ore.

La soluzione nitrica venne poscia liberata con mezzi meccanici, dai grassi solidificati e galleggianti. Evaporai poscia a secchezza; trattai il residuo con acqua acidulata, e badando che il liquido fosse mantenuto ad una temperatura di circa 60.°, vi feci passare, per 48 ore di seguito, una corrente di idrogeno solforato.

Il precipitato che si era formato sul filtro, fu esuberantemente lavato con l'alcool, quindi con etere e poscia trattato col solfuro di carbonio. — In altre prove adoperai anche l'apparato di MARSH.

METODO CHIMICO SCELTO PER LA RICERCA DEL RAME E DEL FERRO.

Il latte fu fatto evaporare a secchezza; il residuo venne quindi incenerito. Le ceneri trattate con acido nitrico, vennero sciolte completamente. — La soluzione nitrica evaporata fu riprésa con acqua e sottoposta ai reagenti i più sensibili per le due sostanze (prussiato giallo, rodonato di potassio, per la ricerca del ferro, ammoniaca per quello del rame).

METODO CHIMICO SCELTO PER LA RICERCA DEL JODURO E DEL BROMURO DI POTASSIO.

Il latte venne prima evaporato a secchezza, poscia lentamente carbonizzato a bagno di sabbia. La massa carbonizzata risultante fu finalmente polverizzata e poscia bollita nell'acqua. — Nel filtrato, si ricercarono le sostanze, mediante le reazioni coll'acqua di cloro ed il solfuro di carbonio. Alcune prove furono ridotte a secchezza e trattate poscia con calce sodata e sottoposte quindi alla ricerca del jodo e del bromo colle reazioni già indicate.

METODO CHIMICO SCELTO PER LA RICERCA DELLA CALCE E DELLA MAGNESIA.

Per il rintracciamento di questi due corpi si evaporò prima il latte, indi se ne incenerì il residuo. Le ceneri, vennero sciolte nell'acido cloridrico diluito; dopodichè si passò, per la ricerca della calce, alla precipitazione con acido solforico diluito ed aggiunta di alcool, ond'è che la calce venne determinata come solfato di calce.

Per la determinazione della magnesia, dopo aver allontanata la calce col metodo anzidetto, fu allontanato l'acido fosforico col cloruro ferrico e con l'acetato ammonico.

La magnesia precipitata nel filtrato con fosfato di soda ed ammoniaca venne determinata come pirofosfato.

ARSENICO.

L'animale che servì per queste indagini pesava 154 Kil. — La dose di arsenico fu proporzionata al peso dell'animale e alla sua tolleranza.

Il medicamento venne somministrato in forma di bolo sempre da me personalmente ed in forma di acido arsenioso. — Cominciai con mezzo centigramma ed aumentando di mezzo centigramma al giorno, arrivai dopo 30, a 15 centigrammi.

Contemporaneamente all'uso dell'arsenico, la secrezione lattea aumentò considerevolmente; triplicò.

Non posso attribuire questo fatto all'uso dell'arsenico, perchè l'animale che prima di essere acquistato lavorava assai, era in pessime condizioni ed era male nutrito, trovò durante il tempo delle mie esperienze, la quiete ed il buon foraggio ed è a questa causa che il fatto in prima linea logicamente dovrebbe attribuirsi, per quanto non sarebbe certo illogico di ammettere anche un'influenza dell'arsenico, quando si pensi quale importanza gli studi moderni abbiano conceduto al sistema nervoso sulla secrezione del latte, e quale sia l'influenza modificatrice dell'arsenico, sul modo di essere in genere del sistema nervoso. — Comunque, se non si può ammettere, che per l'uso dell'arsenico, la secrezione lattea sia aumentata, si deve dare invece grande importanza al fatto positivo, che essa non è diminuita. E ciò ha per noi pure un valore pratico.

L'arsenico venne dato all'animale per i primi trenta giorni *a digiuno*; due ore dopo lo si foraggiava e contemporaneamente lo si mungeva la prima volta. La seconda mungitura si fece due ore dopo.

Dal 30.° al 35.° giorno si continuò a somministrare 15 centigrammi giornalmente, dose massima, cui come si disse, si arrivò. Durante quest'epoca si raccolse sempre il latte due e quattro ore dopo la somministrazione. Ciò fu fatto, come ben si capisce nell'intenzione di vedere, se somministrando sempre la stessa dose di arsenico, la quantità rintracciabile del latte si modifica o meno.

Dal 36.° al 40.° giorno, si continuò nella stessa dose, ma si somministrò il rimedio anzichè a digiuno in una lauta quantità di crusca. La mungitura avvenne sempre due e quattro ore dopo.

Il 41.° giorno ed il 42.° si raccolse il latte dopo 2, dopo 4, dopo 6, 8, 10, 12, 14, 16 ore e ciò nell'intenzione di cogliere il *momento* nel quale il rimedio più probabilmente ed in quantità maggiore passava nel latte.

Al 42.° il rimedio fu sospeso da un momento all'altro. — Il latte venne però raccolto ancora per 6 giorni in una volta al dì, allo scopo di studiare se l'arsenico accumulatosi nell'organismo continuasse ad essere eliminato per la via del latte.

Già supponendo che le piccole quantità di arsenico sommini-

strate i primi giorni non avrebbero date certe probabilità di poter essere rintracciate nel latte, principiai con l'analisi delle due prove di latte fornite il 10.° giorno (cinque centgr.). Dato il caso favorevole avrei ripreso l'esame del latte anche nei giorni antecedenti.

— Ma questo non fu il caso.

Non se ne scoperse traccia.

Analizzai allora le prove del 26.° giorno — 10 cent. — Anche questa analisi diede risultato negativo.

Passai all'esame del latte fornito il 30.° giorno ed ebbi ancora lo stesso risultato.

Visto ciò mutai alquanto indirizzo al metodo scelto, e pensando che forse la quantità del latte fornito era troppo scarsa per lasciare scoprire l'arsenico, riunii in una sola, tutte le 8 prove fornite il 41.° giorno.—Ottenni così ben 871 grammi di latte. Neppure in esso ci fu dato scoprire la più piccola traccia di arsenico. A maggior sicurezza ancora, adoperai il latte del 42.° giorno per la ricerca qualitativa col metodo sensibilissimo del Marsh, ma non si mutarono i risultati, che furono gli stessi, manco a dirlo, per il latte fornito il 44.° ed il 48.° giorno, ultimi dell'esperimento.

Ferro.

Questa sostanza venne somministrata in forma di ferro ossidato dializzato.

Ad evitare errori, risapendo che il ferro si trova pure nel latte normale di asina, per quanto in minime proporzioni, principiai col stabilire il foraggio nella sua quantità e nella sua qualità. Questa dieta venne scrupolosamente tenuta per 8 giorni.— La prima volta (1.° giorno, a digiuno) non si riscontrano neanche tracce di ferro (la porzione di latte adoperata era di 180 grammi).—La seconda (8.° giorno, due ore dopo il pasto) diede per risultato tracce appena sensibili. La quantità del latte a questo secondo caso, era di 164 grammi.

Continuando allora nella scrupolosa continuazione della dieta somministrai il ferro ossidato dializzato per quattro giorni a digiuno e quattro giorni col primo pasto di crusca, alla dose di 10 grammi. Raccolsi il latte ogni giorno due volte, una due ore dopo somministrato il rimedio, un'altra quattr'ore dopo.

Il nono giorno sospesi di botto il rimedio e continuai a raccogliere il latte per altri 6 giorni, una volta al giorno.

Sottoposi in prima all'analisi le due porzioni raccolte l'ottavo giorno. — *In nessuna di due si ebbero a scoprire neanche trac-*

cie di ferro. Visto questo risultato non stimai necessario di analizzare le prove fornite dai giorni antecedenti.

Passai all'esame delle prove fornite dal 4.° e dal 6.° giorno dopo sospeso il rimedio. — L'ultimo (la quantità del latte era relativamente assai grande, 190 grammi) rivelò traccie appena sensibili.

Rame.

L'esperimento col rame non può ambire neanche a quel valore, che pur si volesse accordare agli altri esami; ciò in causa della intolleranza dimostrata dell'animale per questa sostanza, propinata sotto forma di solfato.

Già il secondo giorno, per 10 centigrammi del rimedio, l'animale rifiutò il cibo; il terzo si manifestò una diarrea acquosa che mi determinò a troncare l'esperienza.

I tre giorni però in cui pur durò l'esperimento, raccolsi il latte, due e quattro ore dopo la somministrazione del rimedio.

Esaminai le due prove fornite l'ultimo giorno, che diedero un risultato del tutto negativo.

Joduro di potassio e bromuro di potassio.

Le esperienze che si riferiscono a questi due corpi possono esser trattate cumulativamente, dacchè furono identiche. I rimedi furono somministrati alla dose di 5 grammi il joduro e di 10 il bromuro.

Per quattro giorni furono somministrati a digiuno e per altri quattro successivi per primo pasto, mescolati alla crusca. — A capo degli otto giorni, il rimedio venne sospeso, pur continuando a raccogliere il latte per altri sei giorni. Furono sottoposte all'analisi chimica le prove del 4.° dell'8.°, del 10.°, e del 14°, giorno.

La ricerca del joduro di potassio e del bromuro di potassio *come tali* fallì completamente, come d'altro canto si ebbe risultato del tutto negativo dalla ricerca del jodio e del bromo.

Calce e Magnesia.

Per la calce e per la magnesia, si procedette per le citate ovvie ragioni, come per il ferro, nutrendo l'animale per 8 giorni prima di dar principio all'esperimento, con una quantità ed una qualità fissa di foraggio. Questa alimentazione fu poscia continuata per tutto il tempo in cui durò l'esperienza.

La calce venne somministrata in forma di carbonato di calce, la magnesia in forma di magnesia idro-ossidata, la prima alla pose di 10 grammi, la seconda a quella di 12 grammi.

La somministrazione continuò per 20 giorni.

I primi 10 somministrai le sostanze, come il solito a digiuno, gli altri 10 col primo pasto.

Si raccolse il latte due volte in due giorni successivi prima che cominciasse l'esperienza. Lo si raccolse poscia, due ore e quattr'ore dopo somministrato il rimedio, il 2.°, il 4.°, il 6,°, l' 8.°, il 10.°, il 12.°, il 14.°, il 16 °, il 18.°, il 20°.

Cessato col 20.° giorno il rimedio, persistendo nella solita dieta rigorosa, si raccolse il latte due e quattro giorni dopo, giornalmente una volta.

Passai in prima, all'esame del latte normale. Quello derivante dall'animale, cui più tardi si avrebbe somministrata la calce, diede nelle ceneri:

	% Cao	% Mgo
1.° giorno	30,01	1,98
2.° giorno	28,04	1,78

L'analisi del latte normale, munto due giorni prima dall' animale, destinato a ricevere la magnesia, diede nelle ceneri:

	% Cao	% Mgo
1.° giorno	26,09	1,87
2.° giorno	27,56	1,90

Determinando la calce si determinò pure sempre contemporaneamente la magnesia, e ricercando quest' ultima, si determinò sempre anche la prima. Si analizzarono le prove fornite dal 10.°, e dal 20.° giorno e dal 2.° e 4.°, dopo sospesi i rimedi:

Ecco i risultati di codeste analisi:

Latte dell' animale cui fu somministrata la calce.

Giorno di investigazione	Momento della raccolta del latte	Sulle ceneri:	
		% Cao	% Mgo
2.°	due ore dopo la somm. del rimed.o	23,36	2,38
	quattr' ore dopo	22,19	2,17
10.°	due ore dopo	24,51	2,20
	quattr' ore dopo	24,11	2,41
20.°	due ore dopo	23,99	2,01
	quattr' ore dopo	23,71	2,37
2.° dopo sospeso il rimedio	a digiuno	22,97	2,66
4.° dopo sospeso il rimedio	a digiuno	22,41	2,29

Latte dell' animale cui venne somministrata la magnesia.

Giorno di investigazione	Momento della raccolta del latte	Sulle ceneri:	
		% Mgo	% Cao
2.°	due ore dopo somm. il rimedio	1,57	31,06
	quattr' ore dopo	1,80	30,41
10.°	due ore dopo	1,90	29,99
	quattr' ore dopo	1,56	31,81
20.°	due ore dopo	1,69	31,75
	quattr' ore dopo	1,50	30,96
2.° dopo sospeso il rimedio	a digiuno	1,57	31,12
4.° dopo sospeso il rimedio	a digiuno	1,64	30,46

Anche nei casi dunque di somministrazione della calce e della magnesia, le mie indagini dànno risultati negativi.

Si osserva anzi la stranezza, che il latte derivante dall' asina cui fu propinata la magnesia, conteneva in genere più calce, di quello proveniente dall'animale che fu trattato con quest'ultima e viceversa. Rammento però che le esperienze, furono fatte su due animali diversi, e che quindi il fenomeno non può essere, a mio credere, che giuoco d'individualità.

Queste fin'ora le mie esperienze ed i miei risultati. Vorrei con la pubblicazione di questo *saggio*, che ad altro nome non potrebbe ambire, aver invogliato altri, a studiare l'interessante e controverso argomento.

BIBLIOGRAFIA

Collineau.—De l'emploi du lait rendu medicamenteux par l'alimentation. —Bullet. de l'Acad. de médicine 1846-47, T. XII, p. 641.

Labourdette.—Moyens d'obtenir un lait medicamenteux, sans nuire à la santè des animaux, fournissant ce lait. —Compt. rend. d. l'Acad. des sciences 1856, T. XLII, p. 59.

Boulay.—Rapport sur le manuscrit de M. Labourdette: de l'introduction de medicaments dans le lait par assimilation digestive. —Bull. de l'Acad. de méd. 1858-59, T. XXIV et discuss. ibidem T. XXV.

Parmentier e Deyeux.—Vergleichende Untersuchung der Frauenmilch. —Crell's Chem. Annal. 1793, I; S. 360.

Benno Martiny.—Die Milch—1871.

Precis d'exper.—(Traduz. ted. di Scherer B.) Pag. 15 e 133.

Bouchardat et Quevenne.—Du lait—II, pag. 110, Paris, 1857.

Pehr Kalm.—Erfahrungen und Anmerkungen aus der Naturgeschichte in Norvegien. D. Kgl. Schwed. Akad. d. Wissenschaften-Ablandl ecc., üebers v. Käftnes für 1748 X; Deutsch 1753, pagina 195 (Hamburg 1752).

Buffon.—Naturgeschichte d. w. Thiere v. Otto, IX 1784, p. 214; dalla Histoire des Voyages, T. XVII pag. 119.

Hertwig Fuchs.—Beiträge zur näheren Kenntniss der gesunden und fehlerhaften Milch der Hausthiere-Gurlt und Hertwig, Magazin f. d. ges. Thierheilkunde VII (Berlin 1841, pag. 176).

Flourens.—Note sur la coloration des os d'animeaux nouveau-nès par la simple lactation de meres a la nourriture desquelles à eté mélée de la garance. Compt. rend. hebdomed. de sciences de l'Acad. d. sciences LIV 1862, pag. 65, Paris.

Landerer.—Liebig und Kopp 's Jahresb. f. 1847 und 48, Pag. 922. — Aus repert. Pharm. XLV, p. 35.

Regelhy.—Gefl. Privatmittheilung v. 19 März 1868.

Péligot.—Lait d'ânesse.—L'institut IV.—Paris 1836, N. 178.

Radler.—Ueber den angeblichen Jodgehalt der Luft und verschiedener Nahrungsmittel.—Erdmann.—Journ. f. pr. Chemie XCIX 1866, pag. 198—203.

Simon.—Die Frauenmilch. Pag. 72. Berlin 1838.

Hosaeus.—Ueber den Einfluss von eisenhaltigenfutter auf den Eisengenhalt der Milch—v. Salviati— Ann. d. Lander Wochenblatt 1869 N. 11, pag. 114, Berlino.

Spinola.—Handb. d. spec. Path. u. Therep. für Thierärzte II, Berlin 1858, pag. 1325.

— Wiener med. Wochenschrift.—März 1889. Morphiumvergiftung durch Stillung.
Herff Otto.—Beiträge zur Lehre des Galactorrhoe.—Berlin 1889, pag 195.
Miss Woodhule.—(citata nella Pathologie und Therapie des Wochenbettes d. Winkel—Berlin 1878, pag. 435).
Richter.—Bericht ueber die Entbindungsanstalt. — Charité. — Annalen III Jahrg. (1876) Berlin 1878, pag. 606.
Hörder.—Ueber die Anwendung des Salicylsauren Natrons als antifebrile im Wochenbettserkrankungen — Archiv f. Gynäkologie, Bl. X, p. 187.
Herdegen.—Ueber die physiologische Bedeutung des Fruchtwassers.—Archiv f. Gynäkologie.—Bd. XIV, pag. 243, 1879 (citato da Fehling)
Pauli.—Ueber den Uebergang des Salicylsäure in die Milch der Wöchnerinnen.—Berlin 1879.
Fehling.—Ueber die Anwendung von Arzneimitteln bei stillenden und den Einfluss der Milch auf den Saügling.—Arch. f. Gynäk. Bd. XXVII, pag. 332, 1885.
Porak.—De l'ábsorption des médicaments.—Paris 1878.
Porak.—Journal de Therapie 1877 N. 18 (citato da Kehrer e Stumpff).
Hermann.—Handb. der Physiologie V, p. 544.
Méndes de Leon. — Ueber den Gehalt der Milch an Eisen. Rif. Jahresber. Virchow und Hirsch 1887 I, pag. 128.
Selmi Francésco.—Tolleranza degli animali domestici per l'arsenico e sua distribuzione nell'organismo.—Frammento di un lavoro inedito. Rivista di chim. med. e farm. 1883, p. 321.
Stumpff. — Ueber die Veränderung der Milch unter den Einfluss einiger Medicamenten, Deutsch Archiv. f. Klin. med. Bd. 30, pag. 201.
Hamburger E. W.—Franzesbad.—Untersuchungen ueber die Ausscheidung von Quecksilber während des gebrauches von Mercurialcuren.—Rif. da Virchow e Hirsch, 1876 I. pag. 401.
Kehrer O. — Untersuchung der Milch von Frauen vährend der Inuntionscur.—Prager Vierteljahrschrift 1875.
Bistrow. — Uebergang des Eisens in die Milch bei Thieren und dessen quantitativen Bestimmung.—Virchow's Archiv. Bd. XLV.
Herz Dr. Franz.—Die Gerichtliche Untersuchung der Kuhmilch sowie deren Beurtheibung.—Berlin, Heuser's Verlag 1889.
Dietsch.—Die Kuhmilch pag. 18—citato da Herz.
Schaffer und Bindzynsky—cit. da Herz.
V. Klenze.—Kaesereitechnick, pag. 63.
Strumpf.—The Druggist Circular and Chemie Gaz. 326-19. — Chem. Zeit. 1884-8-346.
Weiske.—Milchzeitung 1888-17-1964.
Gorup-Besanetz.—Physiolog. Chemie 1878.
Thydy A.—Cit. nel Gorup Besanetz—op. cit.
Zukowsky.—Bericht des Moskauer Findelhaus pro 1878.
— Citati nel Dictionn. de méd. et de chir. prat. di Jaccoud all'artic. «Lait» senza più speciali indicazioni.
Vernois et Becquerel, che avrebbero studiato la chimica delle diverse età del latte.
Personne, Reveil che avrebbero studiato il mercurio.
Charpentièr che avrebbe studiato l'effetto dell'alcool sul lattante, per la sua somministrazione alla madre.
Chevalier, O. Henry, che studiarono il passaggio (constatandolo) in proporzioni più o meno grandi nel latte di vacca ed in quello di capra, del ferro, del piombo, del mercurio, del jodio e dei joduri.
Collerier, Gibert, Moreau che posero in dubbio i risultati dei precedenti.

CONTRIBUZIONE ALLA CASUISTICA E CLINICA DELL'ANEMIA SPLENICA INFETTIVA DEI BAMBINI

per il prof. GIACOMO di LORENZO.

Nella tornata del 14 settembre 1889 il prof. Fede, incaricato della clinica pediatrica nell'Università di Napoli, faceva una comunicazione preventiva all'Accademia medico-chirurgica di questa città sull'*anemia splenica infettiva dei bambini*, esponendo i casi da lui osservati di questa malattia, poco o nulla trattata dagli autori, ed accennando alle sue prime ricerche batteriologiche e sperimentali istituite al riguardo di essa.

L'autore lamentava in quest'occasione la poca pubblicità che si dà alle cose nostre, motivo di essere dimenticate o non calcolate regolarmente nel mondo scientifico; e ciò a proposito di questa stessa malattia, della quale, meno qualche idea in West ed in Henoch, onde fu prima da lui detta *morbo di Henoch*, non se ne legge che appena qualche cosa in Baginsky, ove è il sommario di un lavoro di Luigi Somma, dallo stesso autore citato, e per cui egli ne ebbe conoscenza (1). Luigi Somma, aggiungo io, nostro professore e primo pediatria in Napoli, e di cui, meglio che in casa, fuori se ne sanno gli scritti e se ne apprezza il merito — confirma solenne del motto *nemo propheta in patria*: ma non usciamo di carreggiata.

In questa comunicazione del Fede si ebbe come la sveglia sul conto di questa malattia infantile, e fu addentellato ad una viva e prolungata discussione in seno dell'Accademia medesima, nella quale presero parte illustri professori, tra cui precipuamente il Cardarelli che sembrava il più interessato nella quistione, avendone letto una nota nel X Congresso dell'Associazione Medica in Genova nel 1880, e poi fatta una 2.ª Comunicazione al Congresso di Medicina interna tenuto in Roma nel 1888 (2).

Ora le conchiusioni di quel dotto consesso parrebbe si riducessero a queste: che, salvo la nosografia del male in qualche modo illustrata, ma non completata ancora, esempio la 3.ª forma di esso Cardarelli—ove l'affezione principiata nella prima età si potrebbe portare nella giovinezza, e da altri non vista o non spiegata egualmente; e salvo le poche ricerche sperimentali iniziate rispetto alla

---

(1) Luigi Somma. Sull'anemia splenica infantile. Nel suo « Archivio di Patologia Infantile » — Napoli, 1884.
(2) V. Bollettini della R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli, fascicoli Gennaio, Febbraio e Marzo 1890.

sua natura infettiva o meno (colture, inoculazioni) per meglio spiegarne i fatti clinici — lavori codesti primamente fatti da Italiani e Napoletani più dappresso (D'Antona, Salvato, Fede, Guida, Cardaralli, Somma, Cigliano, Banti ecc.), salvo questo, v'è da studiare tutto ancora — patogenesi, etiologia, anatomia patologica e confermare lo stesso nosografismo.

Ne incumbe ad ognuno, ciò messo, il debito di portar nella contingenza la pietra all'edificio, che è quasi tutto patrio, e non trasandare le osservazioni e qualunque contributo al riguardo. Ed io che ne ho visto dei casi in clinica civile, al Brefotrofio dell'Annunziata funzionando da direttore nella sala speciale dermosifilopatica, onde potetti anche meglio fissare certi dati causali, sento il dovere di esporre i fatti che mi riguardano, e farvi su qualche riflessione in etiologia ed in clinica. Chiarito lo scopo e giustificata la ragione di questa nota, entro in argomento riportando prima le mie osservazioni.

Due casi appartengono alla mia clinica civile e sono avvenuti nella stessa famiglia.

1.° caso. Nel luglio del 1880 la signora E. B., dopo varî anni di matrimonio incinta la prima volta, ha la gravidanza assai penosa per un dolore fisso a dritta del ventre, il cui volume incrementa straordinariamente accompagnandosi ad edema universale; infine si sgrava di un parto gemellare di due maschi assistita ed operata dal chirurgo De Sena. Il primo feto grosso e sviluppato uscì morto preso col forcipe; il secondo più piccolo, ben conformato ma meno sviluppato, anche operato di forcipe, uscì vivo. La signora, per grave infezione sussecutiva, poco mancò non si perdesse, ed il figlio superstite fu messo a lattazione mercenaria pur scegliendo una buona nutrice.

La cosa andò discretamente per i primi tre mesi, il bambino si nutrì regolarmente, e sebbene non pesato, crebbe in proporzione abbastanza, favorito forse dalle condizioni sane dei visceri e dal cambiamento di aria, essendosi la famiglia portata in campagna. Ma in mezzo a quest'apparente benessere non sfuggì alla madre notare un colorito pallido che ogni giorno si andava accentuando nella sua creatura divenuta sempre più triste di aspetto; e fece anche impressione in lei vederne la testa, piccola ma ben conformata, con rarissimi peli e quasi interamente calva.

La scena di fatti cambiò poco dopo tornati in Napoli, perchè le funzioni digestive cominciarono a disturbarsi nel bambino, si ebbero e si ripetettero delle coliche pria rare poi più frequenti, in quel che a vista il ragazzo perdette in volume, in nutrizione, in peso; il colorito si fece sempre più cereo, ed osservato fu trovato ingor-

go significante della milza, la quale grossa e dura sporgeva nel ventre da raggiungere quasi l'ombelico: poi non febbre, non fatti di altri apparecchi, non ingorgo gangliare visibile. Furono indicate cure diverse, ma tollerate poco e senza prò. I fatti generali peggiorarono, crebbe la denutrizione, si ebbe fievolezza della persona e delle membra, il colore si fece estremamente pallido, la milza più grossa e dura arrivava nel bacino, fu notata pure qualche epistassi; e questo stato doloroso si protrasse sino alla età di 11 mesi, quando con aperta avversione al cibo negli ultimi giorni si perdette in preda a profonda cachessia.

Nota. Come riuscì difficile pesare il bambino, non fu possibile aver l'esame del sangue e l'analisi del latte della nutrice, cose in clinica civile non attuabili sempre (1). Però anche senza queste non si può disconoscere aver sofferto il bambino una malattia di milza, la quale per le note segnate ha riscontro perfettamente con la forma *dell'anemia splenica infettiva.*

Nè la qualità del latte potette influirvi e molto meno originarla, perchè la nutrice sempre sana e ben portante non poteva che aver ottimo latte, il quale fu anche tollerato bene per varî mesi nutrendosi ed incrementando il bambino: e ciò basti per ora. Ecco il primo fatto.

2.° *Caso*. Dopo quattro anni la medesima signora rimase incinta di nuovo: però la gravidanza è portata con minori sofferenze della prima, sebbene nello sgravo si dovesse operare pure di forcipe; e questa volta fu Novi l'operatore. Il feto intanto nacque vivo, e non ostante che la madre nel puerperio avesse sofferto anche di febbre infettiva, da cui si liberò come nella prima volta, pure si permise dare il seno al proprio figliuolo, temendo che non fosse stata la nutrice cagione di morte del primo nato. Il latte però era scarso, sieroso, non sano, nè adatto; ma la signora, contro anche i consigli di Capozzi, d'Ambrosio ed altri, volle seguitare la lattazione con suo stesso detrimento. Con tutto questo il neonato alla men triste andò avanti benino, e così apparentemente sino al 7.° mese; e dico benino perchè si notava l'accrescimento lento, indizio di nutrizione scarsa, e già iniziata la tinta pallida come nell'altro, la stessa cera tri-

(1) Anche negli Stabilimenti non sempre è dato precisar certi fatti, come all'Annunziata ove per pesare i bambini p. e. esiste una sola bilancia fissa alla Sala di Borrelli che è al 1.° piano, onde non riesce agevole nè possibile sempre pesare altri bambini, specie per chi si trova come noi all'ultimo piano e per cui dovrebbero scendere e salire continuamente creature inferme. Per altre ricerche poi il difetto sta proprio nella mancanza di macchine e di gabinetti.

ste ed apatica, la testa con gli stessi rari capelli; ma niente di saliente che richiamasse maggior attenzione.

Però anche qui, dopo non molto, le coliche aprirono la scena, ed allora esaminato il bambino si riconobbe non aver altro che tumore di milza, la quale, grande e dura, sporgeva nel ventre per ben tre dita trasverse da potersi liberamente palpare, notarne gli orli, la scissura e farvi ogni esame; ma senza febbre, senza alcun ingorgo glandolare visibile, senz'altro.

Il dott. Sorrentino medico di casa l'avea già visto, ed il prof. Somma invitato alla sua volta con me confirmò lo stesso fatto. Il pronostico fu riservato e le cure anche variate che s'indicarono furono eseguite a stento e senza profitto. Ricordo anzi essersi condannata la madre a lasciare gli agi di città, e rifuggiarsi in una casa colonica presso i Camaldoli di Napoli, solo perchè si era consigliato questo sito come più adatto per aria salubre ed ozonizzata a poter giovare il piccolo infermo. Ogni sacrificio, ogni cura, ogni afietto inutile! Il povero bimbo peggiorò sempre, la milza crebbe d'un modo enorme mantenendosi liscia ma di durezza significante, il colore si fece cereo-cachettico, la denutrizione aumentò, l'avversione al cibo fu saliente per qualunque cosa (latte, uova, brodi ecc.) e così tra ricorrenti coliche per coprostasi abituali con l'apparizione di mughetto e qualche epistassi, si perdette lo stesso, avendo però lottato sino a 19 mesi, e con qualche tregua da illudere l'afflitta famiglia.

Nota. Qui gli stessi genitori, la gravidanza anche non felice sebbene venuta dopo quattro anni di riposo, lo sgravo anche col forcipe, la lattazione materna sì ma non efficace molto, furono i fattori e continuatori di una vita che dopo non molto si ammala con la stessa forma non dubbia *di anemia splenica infettiva dei bambini*, e che invano si combatte con le armi più efficaci dell'arte.

Il latte neanche in questo caso vi potette influire, perchè il ragazzo andò bene per assai tempo, onde la cagione è da supporre più recondita e forse ereditaria, tanto più che si verificò nella stessa famiglia sussecutivamente al primo. Ecco il secondo fatto.

Altri due casi appartengono alla mia sala dermosifilitica dell'Annunziata, e ne trascrivo i particolari dalle tabelle cliniche redatte dal dott. *Titomanlio* coadiutore.

3.° *Caso.* Culla 58. Marchio P. 708, femmina, di mesi tre, entrata in sala il 10 Giugno 1889, provvenienza dalla 1.ª sala.

La bimba à sviluppo organico e nutrizione mediocre, aspetto alquanto sofferente, colorito molto pallido, testa di forma regolare, solo la bozza frontale sinistra è alquanto più sporgente,

misura centim. 39. Capelli molto rari, e nella maggior parte mancanti. Tumore di milza notevole. È cachessia sifilitica o malarica? Questo il contenuto della tabella.

Io confirmai l'osservazione della milza grossa, che uno al colore ed alla cachessia ne imponevano formando la sindrome saliente; ma nessun esponente anche larvato di sifilide o di miasma si potette ammettere, per quanto l'indagine fosse per lo più negativa in questo sito (Brefotrofio), e si dovesse poggiare tutto sulla parte obbiettiva. Però una bambina a quell' età, senza febbre, senza ingorghi glandolari visibili, senza espressioni di sorta alla pelle e mucose (bocca, gola, naso, ano) ove suole esternarsi facilmente la sifilide, senz' altro indizio, così scaduta in nutrizione, con quel colorito, con la sola milza ingrandita, venuta non da luogo di malaria, mi fece quest'esame allontanare ogni altra idea, e diagnosticare *Anemia splenica infettiva*. Fu indicata una cura tonica, ma inutile, perchè quella bimba fuggì il cibo (latte di varie nutrici, biberon ecc.), e morì dopo pochi giorni. 13 Giugno 89.

Nota — Anche in questo caso, come per quello di cui si è ragionato, nessun dubbio che si fosse trattato proprio della malattia in quistione. L'autopsia richiesta non fu permessa pel caldo della stagione, vietandola il regolamento locale, nè ci fu dato perciò vedere se altro si accompagnasse alla lesione lienale, e che cosa nella milza si potesse trovare.

4. *Caso*. Questo ci sembra più importante perchè il piccolo infermo rimase in sala per qualche tempo, e fu accompagnato nei particolari, giusto le notizie precipue che riportiamo ricavate dal diario clinico scritto.

Culla 57. Marchio O. 51, maschio, di giorni 19, entrato nell'Ospizio il 3, ed in sala il 19 febbraio 1888, provveniente dalla 1.ª sala.

Nel 23 febbraio sono raccolte queste note. Sviluppo organico e nutrizione piuttosto regolari, colorito alquanto pallido, scheletro non del tutto sano, la testa è deforme, fronte depressa, occipite allungato in alto con residuo di bozza sanguigna, misura centim. 40. Vi è per la pelle lieve eritema punteggiato nello interno delle coscie e gambe; ed alla bocca poco mughetto superficiale, distaccabile, a chiazze sulla lingua e guance, reazione boccale acida: deiezioni ventrali un po' molli, verdastre, non diarroiche, talvolta v' è vomito dopo mangiato (1). È medicato

(1) Hanno il difetto le balie di dare continuamente a succhiare i bambini quando piangono, motivo spesso di vomito e diarrea per la impossibilità di poter essi digerire tante latte dato a poca distanza: questo caso ne è la prova.

l'eritema ed il mughetto con i soliti mezzi —pennellate di clorato di potassa in soluzione, nettezza con leggieri mezzi astringenti.

Giorno 11 marzo. Il mughetto è quasi finito, appena ve ne sono tracce al dorso della lingua, reazione boccale poco acida. L'eritema è pure quasi scomparso, vi è lieve desquamazione nell'interno del piede dritto. Le deiezioni ventrali contengono evidentemente grumi di latte non digerito. Il bambino però si lamenta spesso, e sebbene la nutrizione si mantenga discreta, l'aspetto è sofferente; il colorito è notevolmente pallido, la regione splenica tumefatta. Si è in guardia per la anemia splenica infantile, e si incominciano a dare tonici.

Ai 16 marzo. Gli stessi fatti, ma è sopraggiunto tosse per lieve catarro bronchiale. Il pallore e la milza crescono: il sangue mostra il 25 di emoglobina (emometra di Won Fleisch), e l'ingorgo splenico sporge circa tre dita dall'arco costole; ma non vi sono adenopatie; non febbre. Si commenda pozione di poligola, seguitando i tonici.

Ai 14 aprile. Mughetto ed eritema scomparsi, deiezioni alvine buone, vomito non più, ma il colorito è divenuto pallido assai, la nutrizione scaduta, carni flosce, faccia un po' tumida, ventre grosso per la milza sporgente tre dita e più, liscia, dura, indolente. La tosse è più accentuata, ma dai segni fisici risultano fatti di bronchite diffusa senza alterazione alle risonanze plessimetriche: si nota qualche petecchia interspersa nel tronco ed arti, non vi è febbre. È confermata la diagnosi di *anemia splenica infettiva* con catarro diffuso nelle vie bronchiali: s' insiste sul trattamento.

Ai 20 aprile. Le note dell'anemia sono più spiccate, il colore è cereo — cachettico; vi è qualche epistassi; la milza sempre grossa è cresciuta in durezza; niente si mostra al fegato ed alle glandole linfatiche. Al torace gli stessi fatti. L'orina à divenuta scarsa, ma riesce impossibile raccoglierne per esaminarla: vi è febbre a 39. Si tratta con la tisana di poligola anisata, e tonici — chinina, caffeina, acque aromatiche, brodi, latte—si applica linosa calda al petto.

Ai 24 aprile. Oltre ai soliti fatti di anemia, milza, petecchie, epistassi ecc. si à diffuso il male dai bronchi al pulmone sinistro — vi sono rantoli a piccole e medie bolle consonanti senza soffio bronchiale e percussione ottusa: la febbre è alta (40). Trattamento eguale, si guardano a preferenza le forze con latte, brodo, marsala.

Ai 28 aprile. La pulmonite è diffusa a destra; i fatti discrasici sono più accentuati—petecchie abbondanti, emorragie da varie mucose — (naso, gengive). Alla sera vi sono segni d'insufficiente respirazione, che aumenta sempre e muore.

Autopsia fatta dodici ore dopo la morte.

Colorito molto pallido della cute, faccia alquanto edematosa, in vari punti petecchie. Polmone sinistro nel lobo inferiore e porzione del superiore con pulmonite lobare a periodo di epatizzazione; nel destro focolai sparsi di pulmonite lobulare. Cuore un po' ingrandito (1); milza notevolmente ipertrofica—misura cent. 12 in lunghezza, cent. 5 di larghezza, cent. 2 1|2 la spessezza, peso gr. 310; ispessita ed aumentata la consistenza, iperplasia connettivale, polpa di color rosso-scuro, ipertrofia dei corpuscoli di Malpighi. Fegato leggiermente iperemico. Reni di volume più del normale con segni del rene rosso. Stomaco ed intestino buoni, glandole sane. Al cervello lieve stasi venosa con edema della pia madre e dello strato corticale del cervello: niente al midollo spinale.

Nota. Questo caso meglio accompagnato ci sembra un bellissimo esempio di *anemia splenica infettiva* dei bambini. Venuto in sala il piccolo infermo con poco eritema e mughetto, ma già con colore pallido e forse con malattia di milza se fosse stata ricercata (2), si è man mano sviluppato il male attraverso il solito disturbo gastroenterico sino alle forme renali e pulmonali, che dicono evidentemente stati morbosi in dipendenza del fatto discrasico per l'avànzata malattia lienale. L'autopsia poi l'à confermato con le lesioni trovate eguali a quelle in massima parte descritte dai varii autori. Si attendeva l'esame microscopico della milza dal prof. R. da noi pregato per la circostanza, ma restammo delusi nell'aspettativa, e ci duole di non aver potuto così completare la parte anatomica. Come nosografia intanto io credo che si abbia in esso il tipo del male con la triste sua evoluzione, da rispondere in fondo a quella che sarebbe vera forma cachettica del SOMMA.

Riflessioni etiologiche e cliniche su i casi riportati.

Come avvisammo dapprima ci permettiamo ora, messi i fatti, dir poche cose sulla etiologia e sulla clinica del male, come postulati dai fatti stessi, ed anche come nostre convinzioni.

Primo per *etiologia*. Fra quattro casi, tre furono maschi, uno

---

(1) Il cuore ipertrofico nei bambini morti per qualunque malattia è osservazione frequente nelle autopsie che si fanno dai medici del Brefotrofio. Il Prof. Borrelli D. che sta facendo studi sulle varie cardiopatie dell'infanzia, credo siasi molto interessato di questo fatto, e ci auguriamo voglia illuminarne sul proposito, come già promise nelle sue bellissime conferenze su i tubercoli del Parrot.

(2) La nostra sala essendo speciale dermo-sifilitica, non riceve bambini affetti di altre malattie, e quindi a primo tratto può sfuggire un'altra affezione, fissandosi primamente il male del comparto che interessa più davvicino.

femmina; confirmata quindi, in proporzione anche piccola, la prevalenza di essere attaccato il sesso maschile: e di questi quattro, due della stessa famiglia e sussecutivi — cosa molto saliente per rapporto a possibile genesi nei genitori (fatto ereditario), come fu già notato dal CARDARELLI.

Per età, sempre da pochi mesi a due anni; quindi male proprio dell'infanzia, almeno per i casi a noi occorsi. E per le infezioni di miasma o sifilide, anche in linea gentilizia, negativa del tutto per parte nostra: ma esaminiamo un momento più davvicino queste cagioni, perchè di molto interesse.

I genitori nei primi due casi non avevano sofferto febbri intermittenti, nè mai furono contagiati da sifilide; molto meno i loro bimbi anche accidentalmente, e perchè si abitava in sito di buona aria (S. Domenico in Piazza Dante), e perchè si attendeva molto all'igiene domestica da non sfuggire la sifilide acquisita se fosse occorsa. E per gli altri due casi venuti nel comparto speciale dermosifilopatico dell'Annunziata, nei quali in verità si potea più temere la sifilide che la malaria, oltre per ogni indagine si dovette allontanare l'affezione miasmatica, per la sifilide stessa non ci fu neppur dato di sospettarla per la classica ragione, che siccome vengono in sala anche malattie cutanee comuni e casi gravi di mughetto (giusto per la possibilità di potersi attraverso l'oidio alla bocca iniziare la sifilide con placche, e mascherarsi anche alla pelle con dermatosi diverse) vi ci si attende sempre molto bene, e vi si ritorna sopra più volte da non poter proprio sfuggire se vi fosse; e nei fatti in quistione, conforme le storie, non fu dato di trovar mai traccia alcuna di sifilide. Anzi sul conto di questa infezione io devo meglio fissarne la etiologia appunto per essere in sala speciale di malattie celtiche. Ebbene se fosse la sifilide che in qualche modo originasse il male, si dovrebbe incontrare più spesso relativamente, ciò che non si è verificato niente affatto sinora. Ed aggiungo, che siccome è sala clinica ed à coadiutori che raccolgono le storie con qualche puntualità, e queste sono scritte ed accompagnate nei particolari per rapporto statistico, non sarebbe sfuggito nella circostanza; come p. e. non è sfuggito un caso di leucemia spleno-linfatica con ogni dettaglio riportato dal coadiutore del tempo nell'appendice al 2.° Rendiconto statistico sanitario della sala stessa (1). E mi piace far notare dippiù che dalla fondazione di essa sala nel nostro Brefotrofio (circa otto anni) su 2000 e più bambini venuti, di cui un terzo circa sifilitici,

---

(1) Appendice al 2.° resoconto statistico sanitario della sala clinica Dermo sifilopatica del Pio Ospizio dell'Annunziata Napoli — 1885.

si è incontrato solo due volte la semplice *anemia splenica* senza vi fosse sifilide, e sono appunto i casi riportati. Eppure si sono avuti casi diversi di splenopatie, ma sifilitiche, ove prima o poi si videro in coincidenza altre espressioni di sifilide; mai però fu notata in essi questa forma speciale di *anemia splenica infettiva*; ed ò detto ad arte diversi casi di splenopatie e non molti, perchè in fondo nella sifilide congenita neppure è frequente a vedersi l'interesse della milza, come altri crederebbe: ma su questo ed altre manifestazioni in quell'età, come le ossee, per sifilide ereditaria io vi ritornerò con apposito lavoro Dunque se può dipendere da altri fattori, infettivi o meno in linea genetica, non è certo da sifilide, per quello che mi costa, da legar certamente l'*anemia* in parola; e questo confermerebbe il modo di vedere di altri al proposito — non ostante il beneficio, dicesi, di cure mercuriali talvolta — Ramaglia, Cardarelli: e tengo molto a questa dichiarazione, e son contento di farla così solenne in quest' occasione, perchè credo che in posti eguali soltanto può essere ribadito veramente in etiologia un fatto di questa importanza, fosse anche negativo, come abbiamo potuto costatare dal canto nostro.

Esclusa la sifilide, si è parlato pure di possibile scrofola o rachitide nei genitori, da cui forse la ripetizione del male in vari individui della stessa famiglia; ebbene, in rapporto sempre ai fatti citati, io devo rispondere fino ad un punto con l' affermativa, appoggiando più il rachitismo come risultato della mia indagine. Mettendo infatti da parte l'influenza stessa di età, di sviluppo, di costituzione disparata dei coniugi, che potrebbe anche essere occulta ragione del fatto, nei due primi casi—importanti perchè sussecutivi nella stessa famiglia, identici nella forma, sviluppati in quel dato periodo di età, e terminati letalmente—qualche cosa si è ritrovato nel senso di rachitismo nella madre. Per vero quella signora che nella 1.ª e 2.ª gravidanza ebbe a soffrire tanto, e che fu tutte le due volte operata di forcipe da distinti chirurgi, nel primo caso con parto gemellare ed un sol feto vivo, nel secondo, col feto anche vivo, poi morti entrambi con anemia splenica, questa signora per giudizio uniforme di quelli ostetrici mostrava il bacino obliquo ovalare del Naegle, fatto direttamente osservato da me stesso che fui presente al parto multiplo ed alle manovre occorse, e poi meglio sanzionato in seguito dalla pelvimetria, e dallo indizio di cure fatte nella infanzia per scongiurare il rachitismo.

Quel bacino dunque fu colpito dal male, che abortito restò una viziatura limitata ma permanente, ed anche visibile un po' all'esterno per leggiera deviazione dell' anca. Ecco un' osservazione

ripetuta ed ammessa anche da altri, la *rachitide nella madre*, che merita essere calcolata, e da cui, qualche filiazione scientifica potrà venire appresso. Però io devo subito aggiungere che nel caso in esame bisogna tener anche presente le sofferenze continue nella gravidanza, i processi svolti nel parametrio, le altre affezioni intercorrenti che potettero influire sulle condizioni fisiche della madre, specie sul sangue, e quindi sullo sviluppo, sulla nutrizione, e sulla genesi di malattia nel feto (forse sul suo processo di sanguificazione e sulla milza stessa) da svolgersi poi come *anemia* nei primi tempi della vita estrauterina. Il vizio organico da un lato dunque e le varie sofferenze dall'altra—come fatto combinato nella madre, operarono a danno del prodotto nel primo e nel secondo caso.

Ecco il nostro debole apprezzamento in ordine a queste cagioni, sifilide, rachitismo, che una alle altre di sopra, sono le principali finora notate, o a dir meglio che ànno più richiamata l'attenzione degli autori in questa malattia.

Ma ve ne sono delle altre cause meno evidenti per quanto in apparenza più dirette; vediamole. La lattazione scarsa ed irregolare può influire sul male, ma non originarlo; perché esso si affaccia in verità troppo presto da potersi sospettare fosse la insufficiente alimentazione che gli desse nascenza. E poi sta nel fatto che non è così, perchè alimentato anche bene il neonato, il male si svolge lo stesso; e se pur vi saranno elementi patogeni vivi d'infezione, per altra via, questi si svolgono su di un sostrato organico molto adatto per essi e per la infezione che ne conseguita.

Rientrano nella stessa spiega altre presunte causali, come le alterazioni viscerali, che sono per me, pel Somma ed altri non causa del male, ma effetto di esso: quindi la dispepsia acida, le alterazioni chimiche e quantitative dei succhi gastrici ed intestinali, le iperemie vasomotorie, il rallentamento del moto peristaltico, il disquilibrio meccanico del circolo addominale, il vomito, la diarrea, la gassosi intestinale e via, sono effetti tutti dell'organismo già malato, e della malattia che s'incomincia a svolgere col suo quadro sintomatico. Nei fatti riportati questo è stato proprio toccato con mano.

Breve: per conchiudere sull'etiologia, dalle osservazioni avute, e da quello finora abbiamo ragionato si può da noi dedurre: a) che il male à veramente più facile presa nell'età piccola e nel sesso maschile; b) che può attaccare varî individui della stessa famiglia; c) che un'appoggio genetico può sospettarsi nei genitori, specie pel rachitismo nella madre; d) che la lattazione poco v'influisce; e) che i catarri viscerali si possono escludere o ne

sono già effetto; f) che nessuna influenza di miasma malarico è ammissibile; g) che la sifilide non si è vista e da dir negativa su tutto come fatto ereditario, perchè vagliata non in rapporto solo dei quattro casi citati, ma con i risultati della nostra sala speciale dell'Annunziata.

E nel buio di quasi tutto che concerne etiologia di quest' affezione, suggellare certe vedute, escludere o confirmare altre cagioni, significa contribuire in certo modo allo stesso edificio patogenetico, che è pur qualche cosa. Ecco quanto ò potuto riflettere sull'argomento.

Secondo per *Clinica*. Diciamo ora qualche cosa sulla nosografia e la forma del male, sempre per quello che abbiamo osservato.

Come sindrome è pienamente confermato che l'ipertrofia della milza e l'anemia sono i fatti più salienti della malattia, da coonestare fino ad un punto il nome di *anemia splenica* come tra breve osserveremo: è confermato pure che il colore più cereo e la cachessia sono in ragione della durezza stessa della milza.

Intanto anche per noi i disturbi gastroenterici (e più enterici che gastrici) sogliono spesso iniziare la scena (1.ª e 2.ª oss.); poi vengono le altre varie successioni discrasiche — le petecchie alla cute, l'epistassi ed altre emorragie alle mucose, i catarri e le flogosi infettive possibili alle vie respiratorie e renali; infine la cachessia, e la morte per lo più, com'ebbe a verificarsi in tutti i nostri casi. In tre di essi (1.°, 2.° e 3.°) la forma fu afebbrile, nel 4.° febbrile. Mai potemmo notare interesse delle glandole e molto meno delle ossa. Tutto ciò suggella il quadro morboso descritto dagli autori , e s' intende più o meno vario secondo le contingenze e gli stadi del male. La 3.ª forma, o mista del Cardarelli, che fu detta interessante potendosi procrastinare sino all'età adulta, non ci fu dato notare. Il pronostico stesso non fu che triste, nè fecero breccia i mezzi tonici come inclinerebbe a credere il Fede.

Non possiamo intanto non menzionare certi altri sintomi, accennati come secondari dal Somma, ma che pur ritenendoli tali, si manifestarono sempre nei casi osservati, e questi sono :

1.° Uno stato di continua *apatia* nei bambini; essi non piangono, non ridono, ànno uno sguardo indifferente a tutto, e talvolta l'aspetto è come truce ed irato: il quale stato, evidente nei primordi del male, è più pronunziato in seguito, da essere perciò rimarchevole e costante dall'inizio alla fine.

2.° La *calvizie* intera o con pochi e rari capelli, che si mantiene uguale dalla nascita a più anni (1).

3.° Una *marcata avversione* a qualunque cibo (latte, brodo od altro), specie a periodo più inoltrato della malattia; *anoressia* che ne può abbreviare la vita per l'inedia quando è molto spiccata.

Quasi certamente son da legare questi fatti alle condizioni nervose ed anche trofiche, messa una così grave discrasia, ma averli visti sempre costanti, mi è sembrato fossero espressione non ultima del male da *richiamarvi l'attenzione*.

Intanto questo quadro nosografico, forse anche meglio dettagliato e precisato in prosieguo, metterà sempre più il clinico nelle condizioni di riconoscere facilmente la malattia, ma giova ripeterlo, non ne sarà tutta la dottrina, non ne costituisce la conoscenza intera, da cui pure un'esatta denominazione, oggi soltanto convenzionale. Vi vogliono studi perfetti di etiologia e di patogenesi che sono ancora due incognite, e le più essenziali, per tacere del resto. Queste cose furono accennate in principio, e sarebbe poco serio anticipare idee e discorrere ipoteticamente al riguardo. Solo ci si consenta dir poche cose in questo momento, tanto per giustificare la denominazione anche da noi scelta di anemia a preferenza di altra.

Ed in vero abbiamo creduto più corretto chiamare quest'affezione infantile *anemia splenica infettiva* e non *pseudoleucemia* od altrimenti, perchè oltre al significare subito i due fatti obbiettivi più cospicui del male (milza grande e colore cereo) accenna pure alla infezione che probabilmente vi dev'essere, da cui pure il decorso e gli esiti. Poi le stesse note anatomiche, per quello si è visto, ci è sembrato fossero più dell'anemia. L'è una *oligoemia* come disse L. Somma, e per la *pseudoleucemia* e *leucemia* ci vuole ben altro. Che se talvolta vi può essere leggiero aumento di globuli bianchi, questo è un fatto proprio e naturale dalla prima età—Moleschott (2), e può esser pure il gran difetto di emoglobina nei globuli rossi da renderli sbiaditi e quasi

(1) È risaputo che il neonato se pur nasce senza ombra di capelli o con capelli lanugine, inoltrando in età quelli si manifestano, ciò che nell'ordinario si verifica quasi sempre verso il primo anno di vita. Ove questo non succeda può benissimo essere effetto di trofonevrosi per un'infezione o altro fatto discrasico qualunque, specie quando topicamente non vi sia altro da spiegare la cosa.

(2) Per Moleschott il numero dei globuli bianchi sopra i rossi è di 1:397; i leucociti aumentano nella digestione e diminuiscono nel digiuno; nei bambini poi sono nella proporzione di 1:226, quindi relativamente in aumento, e quest'aumento varia pure nelle condizioni di sopra e per le stesse ragioni fisiologiche.

incolori, come fa riflettere il BIZZOZZERO che succede nelle anemie; ambo fatti da metter più equivoco senza un'esatta interpretazione. Nella *leucemia* questo aumento dei globuli bianchi è costante, e molte *pseudoleucemie* per consentimento di clinici ed anatomici sono e possono essere *leucemie* vere; così è possibile il passaggio di una forma nell' altra senza che clinicamente la parvenza muti. E v'e di più, che non sempre la stessa forma è legabile ad un solo fatto — sia alterazione di milza, o delle glandole linfatiche, o del midollo delle ossa, ma quasi sempre è un fatto misto. Ora nell'anemia speciale dei bambini vi è niente di tutto questo; non vi è ingorgo delle glandole, nè interesse delle ossa, almeno per quello finora osservato, ed è perciò semplice anemia, ma una forma speciale di anemia per i pediatri. In questo difatti, a parte la possibilità di alterate forme di globuli, presenza o meno di microciti, e fatti in una parola di poichilocitosi, vogliono taluni autori moderni vedervi elementi vivi nel sangue per la interpretazione dei fatti clinici, ed intorno a cui si fanno ricerche. Il colorito pallido è senza dubbio dipendente dalla scemata quantità e forza colorante del sangue, ma ciò non per aumento dei globuli bianchi, nè per deficienza dei globuli rossi, ma per difetto di emoglobina, ciò che significa alterazione chimica ed anatomica di essa per alterata virtù respiratoria dei globuli medesimi, fatto loro intimo ed importante per qualche cosa che vi à agito non ancora definito (1).

Nè garba certo il parlar vago di pigmenti per distruzione di globuli rossi operato dalla milza, o di trasformazione chimica della emoglobina staccata dalla compage dei globuli stessi e penetrata nel sangue, (SOMMA); o l'altra spiega della modifica globulare operata nella milza e creazione dei microciti (2), forse devoluta ad accresciuta attività lienale in quella che fosse diminuita nel fegato ove dovrebbero essere distrutti, e quindi loro entrata nel sangue e sua virulenza. VACCLAIS e MASIUS; e neanche infine alla presenza d'*ipoxantina* o *tirosina*, *leucina*, *acido lattico*, *formico* ed *urico* trovato nel sangue variamente da altri; tutte cose poco accertate in chimica patologica ed in ematolo-

(1) È conosciuto che il numero dei globuli rossi, computato a 5 milioni per ogni millimetro cubico di sangue in media fisiologica, può diminuire in molte affezioni; ma ciò interessa più il patologo che il clinico, il quale come nell'anemia, poggia non sul numero che potrebb'essere immutato, ma sulla quantità di emoglobina, indice della virtù respiratoria dei globuli sanguigni ed elemento essenziale alla vita.

(2) Per vari autori i microciti dinotano una profonda alterazione dell'ematopoesi, e quindi capaci nel sangue di produrre virulenza (VACCLAIS, MASIUS), altri non lo crede; (BIZZOZERO); ed altri sostengono fossero una semplice scissione dei globuli rossi. (WERTHEIM, PONFICK).

gia, e poi niente al proposito e sempre più in rapporto a forme *leucemiche* o *pseudoleucemiche*. Nell' *anemia* in esame dei bambini, dai pochi autori che ne trattarono, non si è parlato di queste cose, ma solo di microrganismi in questi ultimi tempi, (bacilli o cocchi?) come fatto forse più interessante e più vero.

Breve: nella *pseudoleucemia*, oltre la forma clinica variabile e spesso ingannatrice, vi sono anatomicamente condizioni diverse che àn dato luogo a spieghe varie, ma che non sono l'*anemia splenica infantile*; nella quale invece si suppongono materiali versati nel sangue dalla vena splenica che sono prodotti patologici della m lza per elementi inficiativi e che vi germogliano d'indole parassitaria, da cui probabilmente la infezione tutta propria, il decorso e la scena triste del male. Infine s'inclinerebbe ad ammettere un processo lienale infettivo per parassiti, ed il resto conseguenza ed effetto: questo almeno il concetto carezzato dagli studi iniziati, sebbene nulla se ne sappia di preciso. Pel ragionato intanto fin quà, che è stato più di quello mi era prefisso, parmi si debba convenire essere il nome di *anemia splenica infettiva* meglio indicato a designare questa speciale affezione dei bambini che qualunque altro, almeno fino a studii più esatti.

E quì fo punto, augurandoci che le ricerche di Patologia e Clinica sperimentale, ed i portati di batteriologia vorranno in un avvenire non lontano dar risposte e conclusioni più positive ed importanti sul conto di questa malattia con tanto calore oggi ripresa a studiarsi specialmente dagl'italiani.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

Contribuzione allo studio dell'affezione pneumonica congenita.

Un feto maschio nacque a termine da una donna sofferente di polmonite a destra, consecutiva ad influenza e morta 29 ore dopo il parto per la diffusione del processo pneumonico anche al lato sinistro. Il feto, quantunque ben conformato, visse 36 ore più della madre, ma in pessime condizioni, presentando la cianosi, debolezza e frequenza del respiro.

All' autopsia, il Dottor Viti, a cui spetta questa osservazione, constatò nel feto le note della pulmonite crupale lobare a sinistra con pleurite fibrinosa corrispondente, pericardite e peritonite diffusa fibrinosa con tumefazione acuta della milza. Fu rinvenuto il diplococco di Fraenkel sia nei preparati fatti a fresco dal sangue, che in quelli fatti dal succo polmonale, dalla polpa splenica e dall'essudato. Non fu possibile rinvenire altri microrganismi.

Abbenchè sia mancato il reperto anatomico della madre e degli annessi fetali, pure l'aut. opina che l'infezione in questo caso sia avvenuta nel-

l'utero per il passaggio del diplococco pneumonico dalla circolazione materna in quella fetale, 1) per essersi rinvenuto il solo diplococco di Fraenkel; 2) perchè il feto essendo venuto a luce infermo, non ha potuto contrarre la malattia che nell'utero; 3) perchè dalla madre sola poteva essere trasmesso il diplococco, e 4) per la presenza del microrganismo nel sangue, ciò che conferma la via tenuta dalla infezione.

Condizioni speciali produrrebbero, secondo l'aut., la localizzazione polmonale; ed invero, tanto da lui che da altri autori si sarebbe notato che per la produzione della polmonite nel feto, occorre che questo abbia respirato, mentre negli aborti il microrganismo si riscontra solo nel sangue. Come pure, nei casi in cui verificasi l'aborto senza il passaggio dei microrganismi nel feto, vi è da supporre che l'azione della infezione si spieghi attraverso la placenta solo per i prodotti tossici.

Il caso descritto verrebbe quindi sempre più a confermare l'idea che la polmonite debba considerarsi come indipendente dall'*influenza* e come essa conservi la possibilità di trasmettersi, mantenendo la individualità caratteristica. (*Riforma medica*).

G. Somma.

Sulla cura della itterizia dei neonati.

Secondo il Veillard, le itterizie che si riscontrano nei neonati bisogna distinguerle, sotto il punto di vista terapeutico, in itterizia benigna ed itterizia grave. La prima guarisce spontaneamente, mentre la seconda quasi sempre è mortale.

Nei casi di itterizia benigna si esaminerà la ferita ombelicale; se è rossa oppure è escoriata deve farsi la cura con la vasellina borica.

La itterizia grave poi è dovuta ad una cattiva conformazione delle vie biliari; più spesso poi è la conseguenza della flebite infettiva, e la infiammazione epatica è dovuta in tal caso all'avvelenamento della ferita ombelicale per microrganismi settici. Nei rincontri, in cui la madre offre accidenti septicoemici o piemici (febbre puerperale, eresipela, flemmone peri-uterino) e la ferita ombelicale non è ancora cicatrizzata, fa d'uopo separare il bambino ed applicare sulla regione ombelicale la pomata all'acido borico (vasellina grammi 20, acido borico grammi 4), oppure le compresse bagnate alla suluzione borica al 4 0|0. Utile praticare contemporaneamente lavande o bagni generali con acqua alcoolizzata, salicilata o con acqua ed acido tannico. Una delle tante varietà di ovatta preparata per le cure antisettiche potranno in tal caso rendere dei buoni servizi.

Contemporaneamente si praticheranno sulla regione epatica frizioni con la pomata alcalina costituita da 20 grammi di manteca e 5 grammi di carbonato di soda.

La costipazione inoltre dev'essere evitata per non permettere che le manifestazioni itteriche aumentino. Allo scopo, può essere somministrato un leggiero purgante, l'olio di mandorle dolci, lo sciroppo di cicoria.

In ultimo non bisogna dimenticare che nella itterizia dei neonati il medico si trova in presenza di una infermità che è debilitante in modo rapido; è necessario quindi sostenere le forze dell'infermo mediante una buona nutrice, propinare il latte a cucchiai, i vini generosi allungati con grande quantità di acqua ed i bagni con il vino caldo se l'infermo non può succhiare. (*Revista de Ciencias medicas de Barcelona*).

G. Somma.

Cura dell'insonnia nei bambini.

Accadrà frequentemente, dice il Simon che saranno sottoposti alla osservazione del medico dei bambini che di notte non dormono, sono agitati e gridano. Bisognerà allora ricercare con ogni cura la cagione di questa insonnia ed il pediatra rimarrà sovente imbarazzato per escogitarla. In tal caso non bisogna dimenticare che nel maggior numero delle volte il fenomeno riconosce per origine la dispepsia.

Laonde, se si tratta di un lattante, fa d' uopo indagare il modo col quale il bambino viene nutrito, esaminare il latte della nutrice e se gli si dà il seno troppo frequentemente. In tal caso si scorgerà di leggieri che il bambino è stato prematuramente divezzato, ed al quale vengono forniti degli alimenti feculacei, dell'alcool, del caffè o del thè.

Spesso anche l'insonnia dipende dal pasto della sera che è troppo copioso; un bambino deve sempre, anche quando abbia 3 o 4 anni, mangiare moderatamente la sera e soprattutto non prendere che alimenti leggieri.

Se con un regime igienico severo non si giunge a combattere la causa, bisogna intervenire amministrando uno dei seguenti ipnotici:

1.° Laudano: una mezza goccia al di sotto di uno anno, e poi una goccia per anno.

2.° Elixir paregorico: due a tre goccie al di sotto di un'anno.

3.° Sciroppo di codeina: mezzo cucchiaio da caffè al di sotto di un'anno ed un cucchiaino da caffè alla età di un anno.

4.° I bromuri: 30 centigr. a 5 mesi, 50 ad un'anno.

5.° Il cloralio: amministrato per clisteri alla medesima dose dei bromuri.

6.° L'antipirina alle stesse dosi con le quali si propina il cloralio. (*La Presse médicale Belge*).

G. Somma.

L'influenza nei bambini.

La differenza che esiste in molti punti essenziali fra la forma nosografica della grippe dei bambini e quella degli adulti, ha indotto il Dott. Kormann a tracciarne un quadro differenziale. All' esordio dell' affezione, la febbre ed i disordini cerebrali sono quelli che occupano nei bambini il primo posto — Nei casi d' influenza dichiarata, abbenchè la malattia cominci *d'emblée*, come negli adulti, pure è raro che l'infermuccio venga preso da freddo intenso, mentre generalmente si verificano dei leggieri brividi, alternantisi col calore. Ai brividi sovente si associano le convulsioni, alle quali poi subentra un' assopimento che può durare benanche 24 ore. I bambini più piccoli gridano quando si cerca cambiarli di posizione, mentre i più grandicelli si lamentano del mal di capo, dei dolori lombari e di quelli agli arti—A questi sintomi fanno seguito: debilitamento generale (che può giungere fino alla perdita della conoscenza), anoressia, accessi di tosse con vomiti o diarrea. — Se la malattia assume un carattere grave si può soccombere anche a capo di 24 ore.

Nella maggioranza dei casi, le mucose principalmente sono la sede di localizzazione dell' affezione; fra queste primeggiano quelle delle vie respiratorie; consecutivamente poi si ha congiuntivite, lacrimazione, difficoltà alla deglutizione, sordità, raucedine ed una tosse secca ed ostinata che annunzia la diffusione della flogosi all' apparecchio respiratorio. In alcuni bambini più piccoli può del pari riscontrarsi una dispnea abbastanza inquietante, ed i gangli cervicali non mancano generalmente a manifestare una tumefazione più o meno accentuata. A questi sintomi possono associarsi fenomeni o di eccitamento psichico o di depressione.

A capo di 3 o 4 giorni, ed anche di 5 a 6 nei casi gravi, si verifica un'immegliamento progressivo dei sintomi nervosi, subentra una crisi in sudore e la tosse secca vien sostituita da un espettorazione più o meno abbondante. Solo la debolezza generale si delegua lentamente, ed in generale lo stato di convalescenza non dura meno di 8 a 10 giorni.

Più che negli adulti, è nei bambini che le complicanze si verificano assai frequentemente. E per ordine di frequenza basta citare la bronchite cronica, la caseificazione dei gangli bronchiali, la tubercolosi miliare acuta, la meningite tubercolare. E tra le complicazioni acute, le più frequenti sono: la pneumonite e la bronchite crupale che esordiscono sempre con brividi e qualche volta ancora con forme convulsive.

In riguardo alla sintomatologia speciale della grippe è rimarchevole nei bambini un predominio dei disturbi nervosi, la iperemia della mucosa schneideriana che cagiona dolori di testa eccessivi, iperestesia localizzata alla pelle del cranio e della faccia oppure a tutta la superficie del corpo, convulsioni generali o localizzate, sussulti tendinosi, tremore agli arti, orticaria, esantema scarlattiniforme, macule di rubeola ed eritemi differenti dovuti a disturbi vasomotori. La stessa intensa dispnea, che non è in rapporto con i fatti bronchiali, può ritenersi come un disturbo nervoso, e, secondo Zulzer, come una nevrosi interessante la motilità del diaframma e dei muscoli bronchiali. Essa può assumere la forma accessionale ed anche intermittente, giungendo fino alla ortopnea associata ad una ansietà precordiale delle più intense. In altri casi, infine, i disturbi gastro-intestinali possono prendere il predominio ed imprimere alla malattia un aspetto particolare. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*).

G. Somma.

La diagnosi delle stomatiti nei bambini.

Il Dott. Deschamps, dopo aver dimostrata la importanza eccezionale che in clinica pediatrica assume l'esame della bocca, e dopo averne indicate le norme per compierlo a dovere sia nei neonati che nei bambini più grandicelli, si accinge a studiare, sotto il rapporto diagnostico, le differenti specie di stomatiti che possono rinvenirsi nell'infanzia. Primo sintomo della stomatite eritematosa nei bambini è, secondo l'autore, l'aumento della temperatura della bocca. Questa stomatite, quando soprattutto è dovuta all'azione del freddo o a disturbi gastrici, è spesso accompagnata dall'erpete labiale. Nella febbre tifoide si riscontra una stomatite eritematosa il decorso della quale è in rapporto diretto della temperatura. In quella che si verifica durante il decorso della polmonite il corso è più breve.

Nelle affezioni febbrili esantematiche la bocca è sempre colpita (varicella, vajuolo, scarlattina, ecc.).

La glossite esfoliativa marginata, malattia cronica, si rinviene con molta frequenza nei bambini cachettici, e, secondo alcuni, costituisce un sintomo della sifilide. Ciò non pertanto può benanche trovarsi in bambini sani.

Anche nella prima dentizione si ha quasi costantemente una stomatite che per l'ordinario presentasi localizzata.

Anche nella tosse convulsiva si verifica una stomatite localizzata, con produzione di una piccola ulcerazione sul frenulo linguale e più raramente alla punta e sul dorso della lingua stessa. Costituisce per la cennata affezione un sintomo di grande valore diagnostico.

Nella stomatite aftosa l'eruzione può aver sede su tutte le parti della bocca.

Nell'erpete boccale le vescicole sono più piccole, disposte a gruppi ed accompagnate da erpete labiale.

Nella stomatite ulcero-membranosa i fenomeni locali sono preceduti da quelli generali; la lesione è unilaterale e si riscontra eccessivo fetore della bocca.

La diagnosi delle alterazioni sifilitiche della bocca non riesce difficile tenendo conto di tutti gli altri segni.

La stomatite difterica ordinariamente è consecutiva all' angina della stessa natura, ed i suoi caratteri sono analoghi a quelli di quest'ultima.

Il noma è poi una malattia secondaria e si offre alla osservazione con caratteri tanto spiccati da renderne facile la diagnosi. Lo stesso infine può dirsi del mughetto. (*Il Segno*).

G. Somma.

Ematoma persistente dello sterno-mastoideo in una bambina di 12 mesi.

I casi di cleido-ematoma non sono rari nella letteratura pediatrica. Bouchut fu il primo a descrivere questa lesione sotto il nome di tumefazione circoscritta dello sterno-mastoideo; consecutivamente Henoch la chiamò ematoma dello sterno mastoideo, Tordeus trachelematoma, e miosclerosi mastoidea fu del pari appellata da altri autori.

Uno di questi casi è stato recentemente illustrato da Charon e Gevaert. Trattasi di un bambino che, a parte destra della regione cervicale, presentava un tumore allungato, abbastanza duro, situato sulla parte media del muscolo sterno-cleido-mastoideo e col suo asse maggiore diretto nella direzione stessa del muscolo. Alla pressione si manifestava alquanto dolente, ed a pelle di colorito normale. Il capo del bambino era deviato dal lato affetto come nel vero torcicollo. Il parto si era compiuto regolarmente, ed il tumore fu constatato dai parenti fin dai primi tempi della nascita.

Gli autori opinano che il versamento sanguigno avvenuto nel muscolo cagioni una miosite cronica con proliferazione connettivale, alterazione che, rimanendo anche dopo riassorbito il versamento, determina il torcicollo.

Il caso descritto venne curato dagli autori col massaggio, che non dette per verità un risultato molto soddisfacente. (*Journal de médecine*).

G. Somma.

Una nuova cura della difterite.

Schendel, in 43 casi di difteria, ha usato la tintura di *rusco composta*, somministrandone per la via dello stomaco, ogni ora durante il giorno ed ogni due ore nel corso della notte, un mezzo cucchiaino da caffè, ed ai bambini al di sotto di 2 anni anche meno, mischiata al vino ungherese per modificarne il sapore niente affatto gradevole. Il medicamento fu propinato senza il sussidio di altre cure, salvo la dieta corroborante ed il vino generoso. Lo stesso rimedio, adottato dall' autore esternamente, ha fatto notare dopo un certo tempo che gli essudati da grigiastri diventano gialletti, il loro margine distaccasi e la falsa membrana cade lasciando un fondo di granulazione lodevolissimo.

Dei 43 casi riportati dall' autore, 40 subirono la guarigione, 2 la tracheotomia ed uno solamente la morte. (*Wien. Med. Presse*).

G. Somma.

Sulle manifestazioni e complicazioni boccali della rosolia nei bambini.

Di questa pregevole tesi trattata dal Dott. Cauvet i concetti principali ci sembrano appunto i seguenti:

Due specie di lesioni possono attecchire nella bocca dei bambini nel corso della rosolia; di esse, le une sono sotto la dipendenza della infezione rubeolica, le altre non hanno alcun rapporto diretto con la roseola, ma costituiscono delle complicazioni sopraggiunte.

Le manifestazioni prodotte dalla infezione morbillosa sono di due ordini.

1° L'eritema boccale, vero esantema che generalmente si manifesta contemporaneamente al catarro nasale, e consiste ora in un punteggiamento rosso, ora in un semplice rossore, alquanto più accentuato, della lingua. Quest'eritema sovente è seguito dalla desquamazione linguale.

2° La stomatite follicolare dovuta ad una ipersecrezione glandolare con ostruzione del canale escretore che decorre associato a fenomeni analoghi da parte della pelle, cioè a dire con la miliare. L'autore si domanda se il virus rubeolico eliminato dalle glandole non si costituisca come causa di questi fenomeni.

In quanto poi alle complicazioni che sopraggiungono nella bocca in seguito alla rosolia, esse sono di natura e di gravezza differenti.

1° Il mughetto, che si riscontra a preferenza nei lattanti con rubeola;

2° Le afte, la sede di predilezione delle quali è primieramente la lingua ed indi le labbra e la faccia interna delle guancie;

3° La stomatite ulcerosa che ora è consecutiva alla rottura delle afte, ed ora è il risultato di una vera infezione sopraggiunta;

4° La difteria che, secondo è stato stabilito da Roux e Yersin, può svilupparsi ovunque havvi desquamazione epiteliale;

5° La cangrena della bocca, complicazione grave ed oggigiorno abbastanza rara, tanto che l'autore non l'ha giammai constatata.

Per evitare tutti questi accidenti, i lavaggi antisettici della cavità orale (soluzione satura di acido borico) rendono grandi servigii. Questi lavaggi devono essere praticati fin dal cominciamento della malattia, anche quando non vi ha che semplicemente un leggier grado di stomatite eritematosa.

Si comprenderà di leggieri che tutte queste cure non possono essere praticate che in ospedali. In campagna il medico non è invitato per curare la roseola. Fortunatamente che le complicazioni locali gravi costituiscono un fatto eccezionale. (*Gaz. méd. de Paris*).

G. Somma.

BIBLIOGRAFIA

Ludwig Unger.—Lehrbuch der Kinderkrankheiten in Kurzgefasster systematischer darstellung.—Zum Gebrauche für studirende und Aerzte.—I. Hälfte (*Trattato delle malattie dei bambini in breve esposizione sistematica per medici e studenti—1ª Parte*).—Leipzig und Wien, 1890.

Nella elaborazione di questo breve ma eccellente Trattato di Pediatria l'Autore è stato guidato dal concetto di dare allo studente ed al medico pratico una guida, in base alla quale essi potessero sicuramente e rapidamente orizzontarsi nel campo della Pediatria. Quindi, ha evitato di prendere a disamina tutto ciò che è ancora ipotetico, tranne il caso in cui era assolutamente necessario. Si è soffermato, invece, sui fatti, e fra questi precipuamente su quelli che hanno un'importanza pratica. Pur accentuando

le sue opinioni personali, là dove esse discordano da quelle generalmente dominanti, egli ha cercato però di dare al libro un' impronta eminentemente obbiettiva, ed ha tenuto scrupolosamente conto delle ricerche e delle indagini degli altri autori. In complesso: un' opera seria, uscita dalla penna di un distinto pediatra, che, ha « studiato per molti anni la specialità che coltiva, e che ha frequentato per molti anni le cliniche pediatriche ».

L' opera è divisa nella « *Parte Generale* » ed in quella « *Speciale* ». Nella prima vengono trattati in succinto, ma completamente, l' alimentazione e la dietetica (alimentazione naturale, divezzamento, alimentazione artificiale), l' igiene e lo sviluppo dei neonati e piccoli bambini. La Parte Speciale è divisa in quattro sezioni. Nella *prima* sono trattate le malattie dei neonati, a partire dall' asfissia e dall' atelettasia fino al morbo di Buhl (degenerazione adiposa acuta) ed all' ittero dei neonati. Nella *seconda* sezione sono trattate le malattie dell' apparecchio digerente (cavità orale, faringe esofago, stomaco ed intestino, peritoneo, fegato, milza); nella *terza* le malattie dell' apparecchio respiratorio (cavità nasali, laringe e trachea, polmoni, pleura, glandole bronchiali, glandola tiroide, timo), nella *quarta* le malattie dell'apparecchio circolatorio (pericardio, miocardio, endocardio).

È questo il piano generale dell' Opera la cui lettura raccomandiamo caldamente ai medici generici, e soprattutto agli specialisti, dei quali è davvero una magnifica guida, perchè l' Autore, pediatra dotto ed esperto, ha saputo, nella trattazione dei singoli capitoli, dire, in pochi righi con chiarezza e lucidità meravigliosa tutto ciò che importa conoscere. E così, per es., i capitoli sulle malattie dell' apparato digerente sono veri capolavori di esposizione concisa e completa. V. M.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA

Risposta alla lettera aperta diretta al Cav. Dott. G. Somma dal Dottor A. Nasi, a proposito del nuovo poppatoio del Dott. Guidi.

Egregio Dott. Somma,

Il fascicolo III. dell' « *Archivio italiano di Pediatria* » del 1890, pubblica una *lettera aperta* dell' egregio collega Dott. Nasi, alla quale voglio e debbo rispondere, per chiarire i punti controversi, sui quali, a prima giunta, sembra non ci troviamo d' accordo, col distinto collega bolognese.

Debbo innanzi tutto esternare la mia gratitudine al Dott. Nasi, per essersi voluto occupare di un mio modestissimo contributo alla Pediatria, ciò che, dimostrandomi esservi alcuno che può interessarsi dei miei studi, mi incoraggia vieppiù a non abbandonare il campo prediletto della Pediatria, che, meschina pel passato, si ingigantisce oggi e si arricchisce di conquiste anche in Italia come all'Estero.

E ciò premesso, passo alla confutazione della lettera del Dott. Nasi.

Egli comincia col dire che fra noi due forse non ci intendiamo bene circa la sterilizzazione del latte alla Soxhlet. A questa sua obiezione rispondo recisamente che nella mia memoria non ho fatto parola ne critiche intorno alla sterilizzazione alla Soxhlet, perchè ho esposto le norme per l' allattamento artificiale; e ho proposto un poppatoio da adattarsi alle bottigliette del Soxhlet, ritenendo il latte di queste il migliore, senza in-

trattenermi minimamente sui processi di sterilizzazione. Anzi a pag. 5, capoverso, ho detto: *per la sterilizzazione del latte non spendo parola, perchè noti oramai da anni alcuni processi messi in pratica, e tra i quali, come ho accennato,* (pag. 4) *splendido per semplicità e pei buoni risultati quello del Soxhlet, che ognuno può, a suo bell'agio praticare*—e poco più sotto—*debbo anzi fin d'ora accennare che il mio poppatoio è stato costruito unicamente per adattarsi alle bottiglie del latte sterilizzato secondo il metodo del Soxhlet.*

Quindi non ho fatto apprezzamento di sorta se il Soxhlet colla sterilizzazione intendesse di togliere ogni azione morbigena ai batteri patogeni, di preservarlo dalle muffe o fermenti etc., ciò che mi avrebbe portato in altro campo di idee, diverso da quello proposto ad una breve esposizione per la presentazione all' Accademia del mio poppatoio.

Aggiunge poi il Dott. Nasi che, dovendosi adoprare il latte sterilizzato, non crede tanto necessario darsi troppa pena per schivare l' azione dell'aria, che può senza danni prolungarsi per circa una mezz' ora. Se ragione non mi tradisce, nella mia meccanica, mi sono proposto di trovare un poppatoio che *non creando difficoltà al lattante per la suzione, lasci inalterate le buone qualità del latte sterilizzato* (pag. 4 terzultimo verso).

Quanto al primo requisito del mio poppatoio, credo basti adoperarlo una volta per persuadersi che difficoltà non ne crea davvero: quando alla seconda questione, che lasci cioè il latte inalterato dopo la sterilizzazione, credo che io non abbia bisogno di dimostrazioni dopo quanto ho esposto nella memoria stessa, perchè essendo asettico il tubo, dopo passato nella fiammella a spirito, asettico il cotone, e impedendo il passaggio dell'aria, non saprei per qual via il poppatoio, per se stesso, potesse turbare la purezza del latte.

Quando all' aria che può penetrare nella bocca, porsi a contatto col latte e passare nello stomaco, io pure non ho escluso che possa evitarsi, tanto vero che ho detto questo fatto verificarsi anche nell' allattamento muliebre; ma anzi, mentre ho accennato a questa circostanza fisiologica, ho tenuto a dimostrare che con questo mio poppatoio si evita l' entrare e l'uscire del latte dalla bottiglia nella bocca e viceversa: si diminuisce la fatica della suzione: si evita lo sciacquo che fa il latte tra la bocca e il capezzolo di gomma; e quindi ho creduto dimostrato che in tal guisa *non si evita, ma si diminuisce notevolmente* una serie di fatti, che appunto si manifestano come il latte, nei prolungati contatti, vada più facilmente soggetto a nuovi inquinamenti, per quanto sterilizzato: diminuzione di contatti che porta un grande beneficio nell' allattamento artificiale. Se infatti nell' ambiente si trova unito al pulviscolo o il germe tubercolare, o il germe di alcuno dei parassiti intestinali etc., per quanto non si possa evitare la infezione anche con la suzione del seno materno, pure quanto meno prolungato sarà il contatto per superficie e per durata di tempo, proporzionatamente minori saranno i pericoli di contagio.

Quando alla cannula d' argento o nikel, il Dott. Nasi la trova ingegnosa, ma poco pratica. Sarà forse la paternità che mi spinge al fanatismo, e voglia perdonare ad un impulso di affetto l' egregio collega: ma dica un pò: perchè poco pratica? Un poppatoio che si compone di un solo tubo ricurvo, levigato, senza angoli, senza seni, senza innesti, potendosi evitare anche il capezzolo di gomma, quale ostacolo offre per adoprarsi?

A questo punto il Dott. Nasi lascia il mio poppatoio, e domanda a me che cosa sarà del tappo di gomma col quale è chiusa la bottiglia. Ma di questo davvero non ho la paternità, non fa parte del mio poppatoio, e lo

trovo adottato come mezzo di chiusura ermetica alle bottiglie di latte sterilizzato secondo il metodo alla Soxhlet leggermente modificato, bottiglie già preparate, che si trovano in commercio, qui presso noi al prezzo di L. 0,15 (detratto il contenente); e delle quali, ripeto, non ho fatto che fare cenno nella mia memoria, accettandole come erano per l'allattamento artificiale. Quindi col tappo non ha che fare per nulla il mio poppatoio; e se al Dott. Nasi piacesse, può sostituire questo tappo di gomma, con tappo di altra sostanza. Del resto preparandosi qui da noi il latte al Brefotrofio, e con tutte le cautele possibili, potrei, uscendo dai limiti propostimi assicurare che detti tappi resistono alla ebollizione prolungata nell' acqua per oltre 5 minuti senza che minimamente si alterino; e siccome il latte viene mantenuto per qualche minuto a bollire, dopo introdotto il tappo e il caviglio di vetro, ciò dimostra che può impunemente disinfettarsi con la ebollizione prolungata, cosa che forse porranno in pratica al Brefotrofio, ma di cui non posso accennare ai particolari, non occupandomi della manualità di preparazione.

Io stesso però ho fatto la prova della ebollizione dei turaccioli di gomma, e dopo 5 minuti di ebollizione, estratti dall'acqua, li ho trovati come quando ve li ho messi. Se poi con l'uso e col tempo si guasteranno, il Brefotrofio credo che li provveda a prezzo così mite, che li sostituirà con dei nuovi, ciò che non altera il prezzo della bottiglia del latte.

Conclude il Dott. Nasi raccomandando di preoccuparci della sterilizzazione del latte, di rendere asettici tubi aspiratori e turaccioli, ma di non occuparci dell'entrata nello stomaco di muffe, fermenti, e microbi, perchè diversamente occorrerebbe sterilizzare l'aria stessa. In questo ultimo periodo siamo perfettamente d'accordo, come eravamo per lo innanzi, perchè nella mia memoria a pagina 4 raccomando il *latte sterilizzato coi metodi migliori*: a pagina 9 propongo che ogni volta che debba adoprarsi il mio poppatoio *si sterilizzi col calore*: e a questo, in più, avrei aggiunto a pag. 10 che col mio poppatoio vengono a *limitarsi* i contatti del latte con l'aria e con la bocca, e diminuendo così i contatti troppo *prolungati* o troppo *impetuosi*, si diminuisce il coefficiente della possibilità di riinfezione del latte sterilizzato, ciò che, per le ragioni già espresse, sembrami utile e vantaggioso pei buoni risultati nell'allattamento artificiale.

Finalmente, ripetendo ancora sui contatti con l'aria e con la bocca, il Dott. Nasi mi concede venia per la prima, ma per la seconda insisterebbe che il contatto fosse prolungato, perchè, aggiunge, ciò è anzi voluto dalle leggi fisiologiche. Ringrazio della concessione per i contatti con l'aria di cui più sopra ho tenuto parola, e di che spero condividere l'opinione del Dott. Nasi.

Quando alla protesta contro la mia opinione, di accelerare ancora i contatti con la bocca, mi permetterei obiettare che, se nell'allattamento muliebre, la suzione delicata e calma è richiesta dalle leggi fisiologiche, perchè là un meccanismo naturale stabilisce un tramite continuo, con contatti omogenei, dal capezzolo alla retrobocca, che si foggia a guisa di condotto aspiratore, formando tutt'uno tra i galattafori e la cavità orale, la quale viene chiusa ermeticamente dall'areola del capezzolo, cui sovrasta la mammella turgida ed elastica; qua invece abbiamo in ogni caso uno strumento più o meno rigido, un apparecchio che per quanto ingegnoso, non sostituisce matematicamente la mammella: là insomma abbiamo la natura che alimenta la sua creatura, qua abbiamo l'arte che imita, ma non ripete natura, e ciò appunto mi ha spinto a studiare il modo col quale il lattante poppasse con molta sveltezza, credendomi autorizzato, in tal caso, a che

mi fosse concesso dare uno *strappo* alla fisiologia, come sempre si impone nella nostra professione, là dove l'arte sostituisce l'artifizio.

Esaurito in tal modo quanto mi era proposto esporre contro la critica mossami nella lettera aperta pubblicata nel fasc. III. dell'«Archivio italiano di Pediatria », sento il dovere di rendere grazie infinite all'amico Dott. Somma per la benevola ospitalità concessami, e stringere affettuosamente la mano all'egregio Dott. Nasi, che da leale collega espose con franchezza la sua opinione, su quanto mi ha dato agio di ritornare.

Firenze, 3 Giugno 1890.

Affezionatissimo
Dott. G. Guidi.

I. CONGRESSO PEDIATRICO ITALIANO

Egregio collega,

In conformità della deliberazione presa nella Sezione di Pediatria del XIII Congresso dell'Associazione medica italiana a Padova, il **Primo Congresso pediatrico italiano** sarà tenuto in Roma verso la metà di ottobre del corrente anno 1890 in giorni che verranno designati da apposita circolare.

Il Comitato promotore, conoscendo appieno quanto in Lei sia vivo ed ardente il desiderio per l'incremento e la prosperità degli studî sulle malattie dei bambini in Italia, si fa un pregio d'invitare la S.ª S.ª Ill.ᵐᵃ, che ne è strenuo cultore, a voler prendere parte attiva ai lavori di questo Congresso, nella certezza che la sua valida cooperazione, mentre sarà utile e profittevole per la scienza, accrescerà lustro e decoro alla patria diletta.

E, perchè il risultato possa degnamente e nel modo più ampio corrispondere alla generale aspettazione, il Comitato ordinatore si reca ad onore di rivolgere a Lei le sue più calde preghiere per essere, nel più breve tempo possibile, debitamente informato delle comunicazioni, delle proposte o dimostrazioni che la S.ª S.ª Ill.ᵐᵃ desidera di apportare, qual contributo, al fraterno Convegno, non senza significarle che le comunicazioni scientifiche, finora promesse, sono le seguenti:

1. Somma G. (Napoli)—*Sull'anemia splenica infantile—Storia, Clinica e Terapia.*
2. Massei F. (Napoli)—*Sulla intubazione nel crup.*
3. Musatti C. (Venezia)—*Sulla necessità di curare le malattie scrofolose e tubercolari unicamente in Ospedali marini.*
4. Guidi G. (Firenze)—*Pseudo-pertosse: importanza diagnostica in rapporto alle indicazioni terapeutiche.*
5. Berti G. (Bologna)—*Sulla quantità fisiologica quotidiana dell'orina del neonato.*
6. Nasi A. (Bologna)—*Cura cosi detta delle acque in Pediatria.*
7. Canali L. (Parma)—*Nuove osservazioni cliniche sulla cura del rachitismo col fosforo.*
8. Idem—*Contributo alla etiologia della nefrite acuta nei bambini.*
9. Blasi P. (Roma)—*Sul mughetto endemico nei Brefotrofî e sua profilassi.*
10. Concetti L. (Roma)—*Sulla cura della difterite.*
11. Racchi G. (Napoli)—*Ricerche batteriologiche sulla diarrea verde nei bambini.*
12. Idem—*Una rara osservazione di encefalite acuta con fatti coreici della testa, della lingua e dell'arto superiore sinistro in una bambina a dieci mesi.*
13. Tedeschi V. (Trieste)—*Critica dei metodi di preparazione del vaccino animale.*
14. Rinonapoli E. (Collarmele)—*Misura del capo nei lattanti e sue applicazioni cliniche—Saggio semejologico.*
15. Celoni P. (Firenze)—*Del morbillo e della roseola epidemica.*

16. Guelmi A. (Pavia) - *Sulla sifilide da allat amento e sua profilassi.*
17. Sarra R. (Matera)—*L'ascite acuta nei bambini.*
18. Franco D. (Napoli)—*L'ipertermia in affezioni non infettive dei bambini.*
19. Cuomo A. (Napoli) - *Idrocefalo cronico e rachitismo cranico considerati dal lato clinico ed ottalmoscopico.*
20. Boetti G. (Torino)—*Movimento statistico dell'Ospizio Esposti di Torino nell'ultimo decennio.*
21. Idem - *Sulla utilità delle acque madri di Salso-maggiore nelle malattie infantili.*
22. Nota A. (Torino)—*Osservazioni di Ortopedia.*
23. Idem—*Dell'estrofia della vescica e sua cura.*
24. Postempski P. (Roma).—*Intervento chirurgico nella tubercolosi ossea ed articolare nell'infanzia.*
25. Idem—*Cura chirurgica nelle deformità rachitiche e paralitiche delle estremità inferiori nei bambini.*
26. Scellingo M. (Roma)—*Sulla profilassi della cecità nei neonati.*
27. Egidi F. (Roma)—*La tracheotomia e l'intubazione laringea nel crup.*
28. Idem—*Progetto di padiglioni per cruposi.*
29. Idem—*La difteria dei polli comunicata all'uomo.*
30. Fede F. (Napoli)—*Sulla produzione sottolinguale nell'infanzia.*
31. Lelli A. (Roma)—*Del valore terapeutico del cloruro di bario nella scrofolosi e specialmente nelle sue manifestazioni entero-mesenteriche.*
32. D'Ambrosio A. (Napoli)—*Sul piede torto varo-equino nei bambini.*
33. Bàculo B. (Napoli) — *Paralisi infantile e disturbi funzionali di deambulazione.*
34. Idem—*Contribuzione alla dottrina delle localizzazioni cerebrali e della epilessia Jacksoniana.*
35. Idem— *Una forma rara d'idrocefalo cronico.*
36. Idem—*Le iniezioni intraparenchimali della milza nei bambini.*
37. Idem—*Contributo al nosografismo dell'ileo-tifo nei bimbi.*

Norme pel Congresso.

1. Il Comitato promotore avrà di necessità tutte le attribuzioni, niuna esclusa, per la organizzazione del I. Congresso, e cesserà di funzionare immediatamente dopo la nomina del Seggio presidenziale, del Segretario e del Cassiere, che saranno eletti a schede segrete dagl'intervenuti, subito dopo la inaugurazione di detto Congresso.

2. Tutti i medici italiani potranno prender parte al Congresso, mandando la loro richiesta, insieme alla tassa d'iscrizione, al Dottor G. Somma (*Piazza Donnaregina, n. 4. Napoli*). Ad essi viene conferito il diritto di prender parte alle discussioni.

3. Vi saranno sedute mattinali e vespertine per la lettura e discussione dei lavori, delle comunicazioni e dimostrazioni attinenti alla Specialità. Solo nelle sedute vespertine potranno essere trattati argomenti estranei al Congresso concernenti gl'interessi professionali.

4. Sia nelle sedute antimeridiane che in quelle pomeridiane i lavori da presentare verranno distribuiti e segnati all'ordine del giorno che sarà stabilito dal Presidente, il quale potrà portarvi tutte quelle modificazioni che le circostanze potessero richiedere. All'uopo, tutti coloro che hanno interesse di fare delle comunicazioni, sono pregati di notificarne il tema al Dott. Somma fino a tutto il 31 luglio 1890; elasso qual termine non saranno più accettate, salvo il caso che vi rimanga tempo disponibile dopo la finale e completa trattazione degli argomenti precedentemente annunziati nelle apposite circolari a stampa.

5. Ogni relatore, per lo svolgimento della sua comunicazione, non potrà disporre più di *mezz'ora;* e *dieci minuti* saranno poi concessi, una volta

soltanto, a chiunque prenderà parte alla discussione. Eccezionalmente, però, può il Presidente accordare la parola una seconda volta per fatti personali o per necessità di schiarimenti. L'autore della comunicazione, esaurita la discussione, può in ultimo avere la parola per uno spazio di tempo non maggiore di *dieci minuti*.

6. Il manoscritto di ogni singola comunicazione, esaurita la discussione, verrà consegnato al segretario della Presidenza per farlo inserire negli atti a stampa del Congresso, e, qualora ne fosse il caso, anche nell'« *Archivio italiano di Pediatria* ». Del pari, i membri che prenderanno parte alla discussione, avranno cura di presentare al Segretario medesimo, al termine della seduta, una nota scritta contenente le osservazioni fatte nel corso della discussione.

7. In una delle sedute pomeridiane, a proposta del Presidente, verrà stabilita la città e l'epoca in cui dovrà aver luogo il II. Congresso. Verrà egualmente nominato il Comitato ordinatore del medesimo, non che il Redattore dei lavori del 1° Congresso.

8. La tassa d'iscrizione al Congresso è fissata a Lire *dieci* per ciascun membro. Il pagamento potrà essere versato direttamente al Dottor Somma (*Napoli*) fino al 31 agosto del corrente anno. Con esso si ha diritto alla tessera di riconoscimento, alle carte per le riduzioni ferroviarie o per i vapori marittimi, non che ad una copia in dono degli atti del Congresso.

9. Per accedere alla sala delle riunioni è indispensabile fare apporre sulla tessera il visto dall'Ufficio di Segreteria del Congresso in Roma, e pagare la tassa d'iscrizione, qualora dai registri risulti che la stessa non venne soddisfatta in anticipazione. Del pari, innanzi la seduta pomeridiana dell'ultimo giorno, ogni congressista avrà cura di far certificare il suo intervento al Congresso sulla carta ferroviaria per poter effettuire il viaggio di ritorno col noto ribasso.

10. Con altro avviso verrà precisato il giorno e l'ora dell'apertura del Congresso, la sede in cui i membri terranno le riunioni e la validità di durata dei biglietti pel viaggio di andata e ritorno.

Roma, luglio 1890.

Il Comitato promotore
Pio Blasi
Luigi Concetti
Giuseppe Somma.

Vox clamans!!..—È deplorevole il constatarlo, ma è pur doveroso il dichiarare che, all'invito diretto agli egregi nostri collaboratori per partecipare alla festa del genetliaco di Henoch, risposero con entusiasmo solamente Berti, Guelmi, Guaita, Blasi, Concetti, Carini e Rinonapoli. Dolenti che la iniziativa non abbia attecchito, porgiamo ai cari colleghi i più vivi sentimenti di grazie, e la sincera nostra ammirazione per la nobiltà dell'animo Loro, non senza assicurare che per la 2ª metà del corrente mese verrà debitamente ad essi restituita una copia delle loro fotografie con la relativa quota versata.

Un passo innanzi.—Il Dott. Giuseppe Colloridi sostenne in quest'ultima Sessione nel nostro Ateneo gli esami speciali in Pediatria con splendido risultato. Questi esami volontarî, mentre onorano il giovine collega, costituiscono una gloria per i veri apostoli della specialità che vedono per siffatta guisa coronati alfine i loro nobili sforzi. Possa l'esempio avere moltissimi imitatori!.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Pertosse

Essenza di eucalypto. . . . . gram. 6,00
Essenza di trementina . . . . » 6,00
Spirito di vino rettificato . . . » 45,00

mib. Da farne polverizzazioni a caldo con apposito inalatore messo a poca distanza dalla bocca dell'infermo, e da ripetersi mezz'ora prima di ogni pasto e prima che il bambino vada a letto.

HARDWICKE.

Antipirina. . . . . . . gram. 0,30-1,00
Sciroppo semplice . . . . » 20,00
Acqua di Vichy . . . . » 80,00

mib. Da somministrarla a cucchiai subito dopo gli accessi.

Crup

DUBOUSQUET.

Zolfo sublimato . . . . . . gram. 2,00
Tannino . . . . » 1,50
Clorato di potassa. . . . . . » 2,00

Si mischi prima tannino e clorato di potassa e poi si aggiunga lo zolfo per evitare la detonazione. Da praticarne tre insufflazioni alla gola durante il giorno.

Difteria

OSIECKI.

Acqua . . . . litri 2,00
Acido fenico . . . . gram. 200,00
Eucalypto . . . . » 20,00
Creolina . . . . » 60,00

mib. Da far bollire la miscela in un ramino posto su di una lampada ad alcool, a debita distanza dall'infermo. Se i vapori eccitano tosse molesta, si può aggiungere alla miscela acqua semplice.

BOUCHUT.

Insonnia nei bambini

Acqua di amido tiepida, cucchiai da zuppa n. 2,00
Cloralio. . . . . gram. 0,50
Canfora. . . . . » 0,20
Tintura di muschio . . . . gocce 0,06
Giallo d'uovo. . . . . num. 1,00

mib. Da servire per un clistere ad un bambino di 2 anni.

J. SIMON.

Convulsioni nei bambini

Solfato di calce. . . . . . . gram. 0,06
Acqua distillata . . . . » 200,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio ogni ora nei bambini inferiori a 6 mesi. In quelli al di sotto di un'anno la dose del farmaco può variare da 0,03 a 0,75.

KNAGGES.

Dentizione dolorosa

Bromuro di potassio . . . . gram. 2,00
Sciroppo di altea . . . . . » 50,00
Liquore di Hoffmann . . . . gocce 5,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da zuppa ogni sera.

BOUCHUT.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

IL MIGLIOR MODO DI VACCINARE

per il Dott. C. HENNIG

Professore all'Università di Lipsia (1).

Per lo passato in molti scritti ho tenuto parola del miglior modo come praticare la vaccinazione, che in ogni anno mostro ai medici che assistono al mio corso.

Anche alcuni medici, hanno accettato il mio metodo.

Se ora rendo noto questo metodo a medici non tedeschi, ciò dipende da che io credo che lo stesso si dimostrerebbe sempre più ottimo, se riuscisse anche sotto un cielo meno nordico; infatti, si attribuisca l'importanza principale alla *stagione* ed alla *temperatura dell' aria* ove si pratica la vaccinazione. Tuttavia, bisogna anche prendere in considerazione l'*operazione chirurgica* di cui fa d'uopo per la vaccinazione.

Il danno minore che può incogliere ai vaccinati, è quando le *glandole ascellari* pertinenti al sito ove fu praticata la vaccinazione ed affette da tumefazione consensuale, si trasformano in *nodi duri*. È questo un postumo raro.

Più frequente ed anche più grave è l'*eresipela* del punto ove fu praticata la vaccinazione. Talvolta vidi associarvisi la *pleurite piemica*, alla quale vidi soccombere due bambini vaccinati per la prima volta. In amendue questi casi era stato seguìto l'antico metodo ed erano state fatte nel tessuto cellulare del braccio incisioni profonde, *trasversali*, lunghe 8-9 cm. Già allora (un 40 anni or sono) io richiamai l'attenzione sul fatto, che le incisioni trasversali, facilmente dànno luogo a suppurazioni, perchè vengono divaricate dall'inserzione del muscolo deltoide (nei suoi movimenti) e feci anche rilevare che le incisioni troppo profonde dànno anche con grande facilità appiglio alla suppurazione; in tal caso accade spesso che il punto ove attecchì la pustola vaccinica si distacchi colla suppurazione, e lo scopo a cui si tende colla vaccinazione resta frustrato.

In fine, fo notare che non di rado si sviluppa pure la *gangrena* Nè posso passare sotto silenzio, che talvolta la comparsa della gangrena fu favorita da che durante il periodo di suppura-

(1) Traduzione di V. Meyer.

zione si ebbe ben poca cura del braccio vaccinato. Ed in alcuni casi ho notato che la colpa era da imputare al processo grossolano seguito dal medico vaccinatore.

Di tutti i disturbi finora enumerati, io non ne ho veduto prodursi nessuno nelle migliaia di bambini ed adulti che durante lo spazio di 42 anni ho vaccinati sempre scrupolosamente.

Una sola volta vidi, dal punto dell'inoculazione, una manifestazione sifilitica. Ma il bambino proveniva da genitori sifilitici; non era stato inficiato dal medico vaccinatore.

Relativamente alla tutela dalla sifilide, io, finchè non fu introdotta la linfa animale e non era possibile procacciarsela in caso di bisogno, mi attenni a ciò che suole farsi per gli adulti: non prelevai mai la linfa di un bambino i cui genitori non erano stati esaminati da me o da un altro medico.

Fo qui seguire brevemente il rapporto ufficiale della vaccinazione di uno Stato della Germania, nel 1888.

Furono vaccinati 98589 e rivaccinati 74855 persone. In tutti questi casi fu adoperata la linfa umana soltanto in 383 della prima e 165 della seconda categoria ora cennate. In tutti gli altri, fu adoperata linfa animale.

In quelli vaccinati per la prima volta si ebbe un risultato fra il 90 100 0[0; nei rivaccinati fra l'80-97 0[0.

Si verificarono spesso forti infiammazioni marginali delle pustole; appunto per tal fatto alcuni medici vorrebbero che il numero dello incisioni per l'inoculazione venisse limitato quanto più è possibile.

In 5 casi si ascessuarono le glandole ascellari. La suppurazione del connettivo sottocutaneo si ebbe in circa 8 casi; l'eresipela del punto vaccinato fu più frequente che nel 1887; basti dire che un solo dei medici vaccinatori vide in 132 casi quest'eresipela.

La suppurazione del punto ove fu praticata la vaccinazione si verificò alcune volte, ed in un caso mise capo alla gangrena.

Quanto agli esantemi (eritemi, prurigo, eczema, impetigo) mi limiterò a menzionare, che specialmente in quei bambini da vaccinare che stanno nella dentizione, spuntano in taluni casi noduli, con una vescicola alla punta (strophulus), che le persone non esperte ritengono come eczema o qualche cosa di simile. I noduli di strophulus si distinguono dalle vescicole propriamente dette, per es. della vaccinola, varicella, perchè queste ultime punte con precauzione, dànno esito soltanto a siero o pus attenuato, mentre i noduli di strophulus dànno esito ad un liquido *sanguinolento*.

Si ebbero a deplorare 6 casi di morte, dei quali 4 in rapporto immediato col processo della vaccinazione: 2 per flemmoni con piemia, 1 per eresipela ed 1 per eresipela tardiva e sepsi.

Un bambino di 3 anni insieme alla *vaccina* presentò abbondanti pustole vajuolose, in quei punti dove vi era stato precedentemente un eczema. Morì per piemia con fenomeni cerebrali.

In fine, una bambina di 10 mesi soccombette ad una forma convulsiva di meningite che apparve 7 giorni dopo la vaccinazione.

Per togliere qualsiasi arma agli oppositori della vaccinazione, si dovrà — nello scopo di evitare simili esiti tristi — praticarla non più nella stagione calda. Tranne il caso in cui stia per divampare un'epidemia di vaiuolo, io fo la vaccinazione soltanto nei mesi di ottobre fino ad aprile. Me ne astengo già nel maggio, perchè in questo mese i bambini hanno la tendenza ai catarri.

Finora si è evitato scrupolosamente di vaccinare bambini delicati nell'inverno. Si opinò che in quell'epoca essi, a causa del processo della vaccinazione, possono facilmente raffreddarsi. Ma il risultato delle vaccinazioni da me fatte nella stagione fredda è che la febbre al 6°-8° giorno non si elevò mai al di là di 1 C., ed a partire da quel momento declinò continuamente.

Che l'aria fredda, e finanche una camera fredda non siano di ostacolo al processo della pustola vaccinica, nè facciano ammalare di altra malattia il bambino, è dimostrato fin da che il Currié nel 1797 introdusse nella pratica il noto trattamento, e Priesnitz c'insegnò la cura idriatica del vajuolo, della scarlattina e del tifo. Hebra imitò questo processo (bagni freddi, camera fredda, covertina leggiera) dapprima nei vaiuolosi adulti; i suoi infermi, a differenza di quelli sottoposti ad un trattamento opposto, conservarono l'appetito ed il sonno durante tutto il periodo febbrile.

Io pratico la vaccinazione come segue: non soglio vaccinare volentieri pria che non sia trascorso il primo anno della vita. La lancetta o l'ago viene accuratamente lavato (e bene inteso si suppone che non sieno arrugginiti) con acqua fenicata, e poi si asciuga bene con ovatta salicilica. Mentre colla mano sinistra tengo fermamente stretto il braccio, pratico sulla sua superficie esterna superiore 5 a 6 punture. Quando poi fo *piccole incisioni*, esse non sono più lunghe di 1-2 mm., tutte perpendicolari e parallele fra loro, nè tanto profonde da far spicciare molto sangue dal connettivo sottocutaneo. Pratico la vaccinazione soltanto al braccio sinistro. Lascio asciugare i punti dove fu fatta la inoculazione, e li covro poi con una strisciolina di tela di lino. Quando prelevo la linfa al 6°-8° giorno, non pratico l'operazione tanto profondamente, che il corpo papillare sanguini.

Ospedale dei bambini in Cremona

RENDICONTO CLINICO-STATISTICO DELL'ANNO 1889

per il Dott. FELICE CELLI.

Il numero degli ammalati accolti nell' Ospedale supera quello dell'anno decorso, avendosi così una proporzione sempre crescente che va di pari passo colla importanza delle malattie curate, colla statistica degli atti operativi e col contingente dei bambini visitati all'Ambulatorio giornaliero.

Ricoverarono nelle Sale complessivamente 245 infermi, di cui 102 nel Comparto medico e 143 nel Comparto chirurgico. Ne uscirono guariti 186, dimessi cronici 11, rimanendo al 31 Dicembre bambini 32 in cura, di cui 13 di Medicina e 19 di Chirurgia.

Il totale dei decessi ascende al numero di 16, e cioè colla percentuale di 7.51 di mortalità inferiore agli scorsi anni e a quella delle statistiche scarse e conosciute di altri Spedali Infantili.

Oltre al numeroso contingente di tutte le forme morbose comuni nella infanzia e relative specialmente alla morbidità locale della nostra Provincia, ebbimo nel Gennaio uno sviluppo di epidemia di *morbillo* venutoci dall'esterno che attaccò tutti i ricoverati con esito di sole due morti per *nefrite* e *pneumonite secondaria* in soggetti rachitici e denutriti.

Nel seguente prospetto clinico-statistico insieme a tutte le malattie curate non figurano i *morbillosi* essendo già accolti nell'Ospedale per altre forme morbose.

Prospetto clinico-statistico dell'Ospedale dei bambini in Cremona per l'anno 1889.

Comparto Medico

Forma morbosa	Esistenti al 1.° Gennaio	Entrati	Totale curati	Usciti guariti	Usciti non guariti	Morti	Rimasti
Anemia linfatica.	—	6	6	6	—	—	—
Scrofolosi	1	2	3	2	1	—	—
Atrepsia muscolare. . . .	2	7	9	4	1	—	4
Rachitismo.	3	7	10	6	2	—	2
Atrofia infantum.	—	4	4	1	2	—	1
Sifilide congenita	—	3	3	—	—	3	—
Cachessia palustre	—	1	1	—	—	—	1
Reumatismo poliarticolare .	—	3	3	3	—	—	—
Ipertosse	—	1	1	1	—	—	—
Catarro bronchiale	3	15	18	16	—	—	2
Bronco-pneumonite catarrale.	1	9	10	8	—	1	1
Pneumonite fibrinosa . . .	1	5	6	4	—	2	—
Pleurite secca	—	1	1	1	—	—	—
Pleurite essudativa	1	2	3	2	—	—	1
Vizio di cuore	—	1	1	—	1	—	—
Catarro gastro-enterico . .	—	7	7	7	—	—	—
Retto-colite	—	2	2	1	1	—	—
Tubercolosi mesenterica . .	—	1	1	—	—	—	1
Morbo di Bright.	—	1	1	—	—	1	—
Febbri intermittenti . . .	—	1	1	1	—	—	—
Febbre tifoide.	2	3	5	5	—	—	—
Meningite semplice. . . .	—	1	1	1	—	—	—
Meningite tubercolare. . .	—	1	1	—	—	1	—
Paralisi infettiva.	—	1	1	1	—	—	—
Paralisi di Benedich . . .	1	—	1	1	—	—	—
Eclampsia.	—	1	1	1	—	—	—
Cancro dell'omento	—	1	1	—	—	1	—
Totale	15	87	102	72	8	9	13

Prospetto clinico-statistico dell'Ospedale dei bambini in Cremona per l'anno 1889.

Comparto Chirurgioo

Forma morbosa	Esistenti al 1.° Gennaio	Entrati	Totale curati	Usciti guariti	Usciti non guariti	Morti	Rimasti
Eczema	—	1	1	—	—	—	1
Ectima	1	—	1	1	—	—	—
Ascesso	—	6	6	6	—	—	—
Flemmone	—	5	5	3	—	1	1
Contusioni	—	2	2	2	—	—	—
Ferita	—	3	3	3	—	—	—
Frattura	2	14	16	12	—	—	4
Scottatura	1	4	5	2	—	2	1
Corpo estraneo	1	—	1	1	—	—	—
Adenite	—	6	6	6	—	—	—
Osteo-mielite	1	8	9	8	—	—	1
Artro-sinovite fungosa. . .	2	8	10	6	1	—	3
Cherato-congiuntivite . . .	—	15	15	14	—	—	1
Otite media purulenta. . .	—	3	3	1	1	—	1
Croup	—	2	2	1	—	1	—
Angina difterica.	—	1	1	—	—	1	—
Fimosi congenita	1	2	3	2	—	—	1
Calcolo uretrale	—	4	4	3	—	—	1
Calcolo vescicale.	—	4	4	2	—	—	2
Stenosi rettale congenita. .	—	1	1	1	—	—	—
Prolasso del retto	1	4	5	3	1	1	—
Genu-valgo.	4	7	11	11	—	—	—
Arcuature tibiali.	1	7	8	8	—	—	—
Piede varo-equino	—	2	2	2	—	—	—
Anchilosi	1	3	4	4	—	—	—
Labbro leporino	—	2	2	2	—	—	—
Scoliosi e cifosi	—	2	2	2	—	—	—
Cisti	1	3	4	4	—	—	—
Linfo-adenomi	1	1	2	1	—	—	1
Angioma	—	2	2	2	—	—	—
Noma	—	1	1	—	—	1	—
Male di Pott	—	2	2	1	—	—	1
Totate	18	125	143	114	3	7	19

Totale curati 245.

Malattie mediche.—Prevalsero le diverse forme di *rachitismo*, *anemia* e *scrofolosi* che rendono ognora il massimo contingente alle malattie della prima infanzia, il cui sviluppo igienico ancora pur troppo dista dall'ideale scientifico che nella salute dei genitori e nella correttezza dell' allattamento pone i primi cardini della vita.

Caratteristici i pochi casi di *atrofia infantum*, in cui la deficiente organizzazione ci ha presentato l' apparenza di un vero arresto di sviluppo dello scheletro osseo che quasi nulla ha ritratto de'vantaggi della buona nutrizione, dalla terapia tonica ed eccitante e dall'aria ozonizzata de'nostri locali.

Fra i malati di *anemia linfatica* riscontrossi qualcuno che presentava tutti i caratteri del morbo splenico dell'Henoch, come lo chiama il prof. Fede (1); ma tutti ebbero esito felice di guarigione o notevole miglioria coll' uso dei preparati arsenico-ferruginosi e del massaggio, effetto non comune, a quanto sembra, nei malati conosciuti di questa forma ancora patogeneticamente oscura.

Le *pleuriti essudative* si presentarono sempre con raccolta purulenta, e la *pleurotomia con drenaggio doppio* fu la terapia costantemente adottata con esito brillante ed in tempo più breve di quello che col medesimo trattamento trascorre d' ordinario negli adulti.

Le *forme tifoidee* ci vennero da diversi quartieri della città; tutte ebbero risultato di guarigione e nessun caso svilupposi spontaneo in sala.

Notevole clinicamente è il caso di un *carcinoma dell'omento* diagnosticato in vita in bambino di pochi anni d'età con ventre voluminoso, poco dolente e con manifesti tumori bernoccoluti ed estesi estraintestinali che, venuto a morte per tabe, mostrò al tavolo anatomico l' esistenza di un *cancro del fegato* primitivo e antecedente al secondario mesenteriale.

La rarità nei bambini di forme cancerose, oramai nota e riconosciuta dagli autori tutti che trattarono di Pediatria, credo anche con questo caso abbia a perdere terreno tanto più che ogni giorno vengono pubblicati nuovi fatti di tumori maligni in vari organi e fra questi notiamo gli ultimi di *sarcomi e carcinomi mediastinici* del dottor Villiam A. Edwards che nei suoi 87 casi osservati di affezioni del mediastino trovò una grandissima prevalenza dei due neoplasmi e specialmente nel sesso maschile (2).

Il caso notato sotto la diagnosi generale di *eclampsia* riguarda

(1) Lezione inaugurale della Clinica Pediatr. di Napoli per l'anno 1887-88.
(2) The Archives of Pediatrics.

un bambino di 6 anni, il quale fu già accolto nel nostro Ospedale per *fistola ombelicale da tubercolosi entero-peritoneale* che curato chirurgicamente con larghe spaccature e drenaggio in cavità era uscito completamente risanato con soda cicatrice. Dopo pochi mesi del suo ritorno a domicilio venne colto un dì improvvisamente da deliquio con contrazioni toniche del braccio destro, della gamba sinistra e dei muscoli facciali di questo lato precedute da piccola aura e accompagnate a cianosi del viso e coscienza intatta. Tale accesso, della durata di pochi secondi, si ripetè a lunghi ed irregolari intervalli per lo spazio di parecchi mesi fino a che, rendendosi più breve la tregua e più accentuata la forma nervosa, venne inviato alla nostra cura.

L'osservazione giornaliera e continuata degli accessi a carattere tonico con sede limitata, e l'esame dell'antica cicatrice dolente al tatto e profondamente retratta, ci ha fatto propendere per una possibile diagnosi di *eclampsia riflessa* quantunque si avessero tutti i caratteri d'una lesione dei centri motori corticali.

La cura permanente del bromuro potassico ad alte dosi e la corrente galvanica al simpatico condusse il piccolo infermo a completa guarigione che ora dura da un anno.

Malattie chirurgiche.—Contingente svariatissimo e più numeroso per la ragione precipua *delle forme traumatiche e di deformità* che reclamano pronto e radicale soccorso e inducono quindi più facilmente genitori e Comuni all'invio dei piccoli infermi all'Ospedale. Oltre però alle sopradette prevalsero le *forme strumose*, le *malattie oculari* e le *flogistiche* in genere. Fra i 143 infermi curati buon numero reclamarono atti operativi di maggiore o minore importanza che nel complesso sommano ad 87, così distribuiti :

Riduzioni di fratture	12	Elettrolisi	3
Tenotomie	3	Raddrizzamenti forzati	11
Ignipunture	3	Pleurotomie	4
Oncotomie e grattamenti	15	Resezioni	2
Cheiloplastiche	2	Osteoclasie	6
Amputazioni	1	Artrectomie	2
Disarticolazioni	2	Sequestrotomie	2
Demolizioni di tumori	3	Estrazione di calcoli uretrali	5
Litotrisie	2	Cistotomie	2
Circoncisioni	2	Tarsotomie	1
Tracheotomie	2	Trapanazione mastoidea	1

Operazioni oculistiche 2

Nessun decesso fra gli operati, ad eccezione di due infermi uno per *croup* l'altro per *difterite* portatici in condizioni gra-

vissime e nei quali l'atto operativo fu per noi più obbligo umanitario che scientifico allo scopo di tentare l'ultimo mezzo di salvezza.

I risultamenti terapeutici negli altri bambini operati furono in genere buoni, in qualcuno appena discreto, in qualche caso poi assolutamente ottimi.

Fra questi ultimi noterò un bambino affetto da *croup iniziale* in cui, dopo 12 ore di cura aspettante, praticai d'urgenza la *tracheotomia inferiore* a metodo rapido che ridonò splendidamente il soffio di vita mancante e dopo 17 giorni di cura assidua potè ritornare sano e salvo alla famiglia senza postumi, nè locali nè generali.

Tale caso, è ovvio, vale sempre a dimostrare l'influenza che ha lo stadio del morbo sull'atto operativo radicale, il quale ha per iscopo non solo l'esito immediato di togliere la minacciante asfissia, ma quello ancora di poter curare localmente il processo cruposo che non si risolve troppo presto, ma esige la cura diligente di parecchi giorni. E questa, secondo me, è ragione forte che potrebbe opporsi per l'attuazione del nuovo processo dell'*intubazione del laringe* che venutoci da New-York con splendidi risultati trova ancora in Italia molta renitenza e ai primi 3 casi sfortunati del dottor EGIDI di Roma, solo da pochi mesi sono da annoverarsi 4 casi con un solo decesso che il Prof. FERDINANDO MASSEI comunicava alla R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli il 23 Dicembre 1889 (1).

Le due *cistotomie* eseguite vennero fatte col metodo perineale e cistotomo LORETA il più antico e il più sicuro forse in confronto del soprapubico, che però ci riserbiamo di tentare in caso di calcolo grosso, più raro a verificarsi nei bambini, mentre nei nostri infermi curati osservammo facilmente la discesa nell'uretra di calcoli piccoli e multipli, all'estrazione de'quali unimmo il massaggio e l'applicazione dell'uncinetto.

Le *osteoclasie* ed i *raddrizzamenti forzati* praticati, come sempre, manualmente ci hanno in ogni caso preservato dal praticare regolari e classiche *osteotomie* perchè le ossa dei nostri piccoli clienti inferiori ai 7 anni cedettero sempre alla forza naturale della mano, il migliore *osteoclasta* e più economico nell'infanzia a petto di quelli di ROBIN, COLLIN, o di RIZZOLI che pur negli adulti vide dare splendidi risultati, ad esempio nell'Istituto pei rachitici di Bergamo dall'amico D.r MATTEO ROTA.

Le tenotomie e la *tarsotomia* eseguite per *piedi torti* conge-

(1) Archivio italiano di Pediatria—Marzo 1890.

niti ci diedero ottime prove colla applicazione consecutiva di massaggio ed apparecchi GARIBALDI così semplici e pur tanto razionali ed efficaci.

Terapia.—Fu diretta alla ricostituzione generale dei grami organismi debilitati dalla *scrofola* e dall'*anemia* e perciò usammo largamente dei ferruginosi, degli arsenicali, dell'acqua salso-jodica di Sales non che dell'olio di fegato di merluzzo unitamente alla dieta carnea abbondante.

Fra gli antifebbrili esperimmo l'antipirina e l'antifebbrina con ottimi risultati specialmente con quest'ultima che, come ben dice il prof. GUELMI di Pavia (4), *costituisce un* farmaco perfettamente innocuo ai bambini.

Nelle forme di *calcolosi vescicale* od *uretrale* adottammo l'uso abbondante dell'acqua litiosa di S. Marco che pare ci abbia evidentemente procurato una più facile discesa dei calcoli nell'uretra per il chimico scomponimento delle incrostazioni che circondano il nucleo che riesce così più liscio e naturalmente rimpiccolito.

Nelle medicature chirurgiche ci attenemmo sempre alle soluzioni di sublimato o d'acido borico, usando contemporaneamente il jodoformio, l'acido tannico e le injezioni di *fosfato acido di calce* in un caso di *artro-sinovite strumosa del ginocchio* dalle quali ottenemmo una forte reazione con esito di completa guarigione per anchilosi retta da sclerosi.

Nelle malattie vertebrali nostro precetto fu ognora il decubito orizzontale o sulla fascia di RAUCHFUSS, la estensione e controestensione sugli arti e sul capo e l'applicazione di busto SAYRE, a silicato di potassa.

La ginnastica, il massaggio, le correnti galvaniche e faradiche, le doccie ed i bagni aromatici completarono le nostre risorse terapeutiche nei vari casi di atrepsia, rachitismo o paralisi.

Ambulatorio.—Ricchissimo contingente con più di 1000 visite nell'anno. Prevalsero le forme di rachitide, di malattie oculari, di deformità e di processi flogistici strumosi. Si eseguirono quindi parecchie sedute di massaggio, di elettricità, raddrizzamenti forzati, oncotomie e grattamenti WOLKMANN, sciegliendosi fra i più gravi ed acuti i malati per le Infermerie dove la degenza media giornaliera non fu mai inferiore ai 30 bambini.

Questo numero abbastanza notevole per la nostra città che conta poco più di 30,000 abitanti pone certamente il nostro Ospedale Infantile in prima linea fra i pochi che vivono in Italia

---

(4) L'antifebbrina e gli antipiretici nelle malattie dell'infanzia—Pavia, 1889.

di carità cittadina. Ed è per questo merito di nascita e di esistenza floridissima che nello scorso anno venne assegnato all'Ospedale nostro la *medaglia d'oro* all'Esposizione d'Igiene in Padova dove la famiglia Pediatrica raccolta in Sezione distinta iniziava il lavoro per la fondazione della Società di Pediatria Italiana che 'affratelli i cultori della nuova specialità, rispondendo all'invito generoso dell'infaticabile prof. Somma di Napoli per un primo Congresso Italico nella Roma del civile progresso.

Cremona, 31 Dicembre 1889.

SULLE PSEUDO MENINGITI DENTARIE

per il Dottor LUIGI CONCETTI

I disturbi della dentizione costituiscono oggi uno dei punti più controversi della patologia infantile. Gli antichi attribuivano ad essa la maggior parte delle svariate manifestazioni morbose che si verificano in quel periodo dell'infanzia. E questa opinione si radicò tanto nelle menti, che la tradizione ne è giunta sino a noi attraverso di molte generazioni, sicchè anche oggi vediamo spesso alla dentizione addebitarsi dai più semplici fenomeni dispeptici e catarrali fino alle forme più gravi di pulmoniti, di meningiti, ecc. A questa esagerazione di concetti clinici è seguita in tempi a noi più vicini una logica e naturale reazione. Ma, come avviene per lo più in tali contingenze, questa fu violenta, demolitrice assoluta di tutto quanto era stato detto e pensato in antecedenza: uguagliò allo stesso livello di negazione e di sprezzo il buono ed il cattivo, il vero ed il falso, e si proclamò che la dentizione è un fatto puramente fisiologico, capace tutto al più di essere causa di qualche alterazione locale di irritazione gengivale senza alcuna conseguenza sul resto dell'organismo. Come si vede, si cadde da un eccesso all'altro, e questo non meno deplorevole di quello. Infatti, se prima venivano disconosciute molte entità morbose, che per mancanza di adatti metodi di cura potevano avere conseguenze fatali, dopo si è trascurata del tutto la indicazione terapeutica causale, per correr dietro ai soli sintomi con danno evidente dei piccoli infermi. La mortalità dei bambini per dentizione prima doveva essere enorme quando si pensi che ad essa venivano attribuiti perfino gli anasarchi, le asciti ecc. (1) Coll' ottimismo dei più recenti si sono registrate

(1) Valentini A. — Enchiridion de curandis pueris—Romae 1857. p. 113.

molte guarigioni di malattie reputate assolutamente mortali p. es. della meningite tubercolare, come, fra i moltissimi che potrebbero citarsene, è dimostrativo l'esempio riportato da RILLIET e BARTHEZ in cui un bambino, dichiarato da essi e da POTAIN affetto da questa terribile malattia, fu guarito poi da un medico omeopatico *presque subitement, aux applaudissements de l'entourage..... Mais, en meme temps, une dent etait sortie !* (1).

In questi ultimi tempi si è in parte ritornati sulle idee degli antichi, e le osservazioni più accurate, i metodi diagnostici più sottili, gli studii pediatrici con maggior cura coltivati han permesso di venire a conclusioni positive che, scevre di ogni eccesso di teorie preconcette, han posto la dentizione al giusto livello nella patogenesi delle malattie dell'infanzia. Così vediamo in Germania VOGEL affermare che essa costituisce una entità morbosa a sè, HENOCH attribuire ad essa le più svariate manifestazioni morbose (2) e BRAMSEN sostenere che essa può di per sè sola esser cagione perfino di morte nei bambini (3). In Francia dànno alla dentizione un posto importantissimo fra i quadri delle malattie BOUCHUT (4) BARTHEZ e SANNÉ (5), FOSSANGRIVES (6), SEJOURNET (7) ecc. WEST afferma che la dentizione fu causa di morte nel 4,8 0|0 dei bambini morti in Londra sotto l'età di un anno, e nel 7,3 0|0 di quelli morti fra 1 e 3 anni di età (8). In Inghilterra e anche più in America è comunissimo l'uso di far incidere le gengive per facilitare l'eruzione dei denti, ritenendo questo metodo efficacissimo a troncare molte affezioni morbose che si manifestano in quell'epoca della vita. Da noi in Italia, oltre al RIGACCINI che ne parla abbastanza diffusamente nella sua Igiene dei bambini sani e malati (9), abbiamo gli interessantissimi lavori speciali dei miei carissimi amici i Dottori GUAITA (10) e TEDESCHI (11) distinti cultori di pediatria il primo a Milano, il secondo a Trieste.

---

(1) Traité clinique et pratique des maladies des enfants—Tom. II, Paris 1887 pag. 136.
(2) Leçons cliniq. sur les malad. des enfants. Paris 1885.
(3) Les dents de nos Enfants. Paris 1889.
(4) Clinique de l'Hôpital des Enfants malades. Paris 1884.
(5) Traité clinique et prat. des malad. des Enfants. Tom. II. Paris 1887.
(6) Leçons d'Hgyiene infantile. Paris 1882.
(7) Du role de la dentition dans la pathologie infantile. Rev. mens. des malad. de l'Enfance. 1885, pag. 307.
(8) Lezioni sulle malattie dell'infanzia e fanciullezza. Trad. Dott. Cav. PIO BLASI—Milano 1876, pag. 553.
(9) Siena 1879.
(10) Pediatria e malattie dei bambini—Milano 1881—Della pseudo meningite dentale. Gazz. degli Ospedali 1883 N. 4-9—Casuistica-annotazioni di pediatria.
(11) Commentari di pratica pediatrica—La dentizione—Trieste 1889.

Io non intendo di intrattenermi sui tanti e svariati disturbi e forme morbose che possono dipendere dalla dentizione o che ad essa sono state attribuite, nè fare la critica delle esagerazioni che su tale soggetto sono state messe in campo, o accingermi alla spiegazione della patogenesi di molti fatti clinicamente assodati in rapporto con questo periodo della evoluzione infantile. Questi argomenti sono stati magistralmente svolti dal TEDESCHI nella sua bella monografia testè citata, ed alla quale rimando chi avesse voglia di conoscere quanto di ammissibile evvi attualmente in tale quistione.

Vi ha però una parte della patologia della dentizione sulla quale voglio fermarmi, ed è quella che riguarda il sistema nervoso centrale e che mi sembra la più interessante sia per la gravezza dei fenomeni che insorgono, sia per le gravi e talora letali conseguenze che possono derivare da un inesatto apprezzamento della loro patogenesi, sia finalmente per alcuni provvedimenti terapeutici che in tali circostanze sono richiesti. E prima di tutto credo sarà bene che dia una succinta relazione di alcuni fatti clinici occorsimi nella prattica e che mi han spinto a parlare di questo argomento.

Sui principii dell'anno 1884 fui chiamato dal sig. S. M., domiciliato in Roma, il quale mi presentò un bambino di circa 3 mesi di età, pregandomi di esaminarlo attentamente e di dirigerne l'accrescimento, dettando tutte le norme igieniche che fossero indicate. Trovai il bambino di costituzione un poco gracile, di aspetto linfatico, ma bene nutrito e con tutte le apparenze della sanità. Mi avvertirono però i genitori che in antecedenza avevano avuto altri due babmini anche essi floridi di salute e che quindi all'età di circa un anno erano morti presentando ambedue presso a poco gli stessi fenomeni morbosi. Giustificavano con ciò il loro desiderio che io sorvegliassi il piccolo Mario per vedere se vi fosse il modo di prevenire il ripetersi del luttuoso accidente. Negli antecedenti della famiglia nessun fatto trovai degno di nota e che potesse avere un rapporto qualunque colle considerazioni etiologiche che avrebbero potuto esser fatte; solo i genitori sono anche essi un poco gracili, di temperamento linfatico e la nonna soffre di un catarro bronchiale cronico con bronco-alveoliti intercorrenti, però non di natura tubercolare.

Riassumo in brevi parole la storia dei due bambini morti in precedenza, quale mi venne raccontata dai genitori.

La prima bambina giunse all'età di undici mesi in buone condizioni di salute, ma senza che spuntasse un dente. A questa età fu presa da febbre accompagnata da vomito e da diarrea. Il medico consigliò il cambiamento di aria e infatti si recarono a Firenze ove la bambina aggravò. Ai fenomeni accennati si aggiunsero le convulsioni talora parziali, talora generali, grida improvvise, eruzione di afte nella bocca, assopimento, e morte dopo 20 giorni di malattia. Le gengive erano nere e si sentivano i denti quasi presti ad erompere.

Il secondo bambino ammalò nel luglio 1882 all'età di 13 mesi. Anche que-

sto era senza un dente, ma fino allora aveva goduto buona salute. Ammalò improvvisamente con febbre alta, d'arrea, vomito, forte mal di capo e convulsioni. Morì dopo 9 giorni. Nel giorno che precedette la morte il medico si avvide che molti denti erano per spuntare e voleva incidere le gengive: ma lo stato del bambino era così grave che non l'osò. Appena morto notarono che quattro denti erano allora allora spuntati. Ambedue questi bambini morirono colla diagnosi di meningite.

Il piccolo Mario crebbe bene fino all'età di un'anno, circondato da tutte le cure igieniche possibili, senza che però emettesse un sol dente. Sulla fine dell'Ottobre 1884 anche esso ammalò e cogli stessi fenomeni morbosi che negli altri due avevano preceduta la morte. Fin dal primo giorno venne la febbre (39,5—38,7), il vomito, la diarrea e le convulsioni. Prescrissi una cartina purgativa di calomelano, senapizzazioni ai piedi, applicazioni fredde al capo e bromuro di potassio. Per altri due giorni le condizioni progredirono in peggio; vi era forte restringimento della pupilla e insensibilità alla luce, strabismo, contrazioni generali toniche e cloniche, spesso emetteva un grido acutissimo seguito da uno stato di collasso; la diarrea e il vomito persistevano in modo notevole; le gengive erano tumide, calde, dolenti, e qualche volta colla pressione si destava il grido e le scosse convulsive. Pratticai l'incisione delle gengive in corrispondenza dei quattro denti incisivi mediani dopo di che cessarono in poche ore tutti i sintomi sopra accennati, fatta eccezione della diarrea che persistette per alcuni giorni. A questo bambino ho dovuto incidere poi le gengive per tutti gli altri denti che ha dovuto metterì fuori, perchè al momento d'erompere gli altri gruppi di denti fino ai canini e ai secondi molari veniva preso da una forma morbosa che in modo più o meno accentuato rispecchiava quella che ho descritta. Ora questo bambino ha circa 7 anni e gode di una buona salute.

Nella stessa famiglia venne un'altra bambina, Annita, la quale giunse senza alcun disturbo all'età di 11 mesi, però anche essa senza mettere alcun dente. Ed essa pure a quest'epoca, nel luglio 1886, fu presa all'improvviso da febbre, vomito, diarrea, forte male di capo, convulsioni a forma clonica e tonica, rigidità della nuca, grida, ecc. La febbre fu sempre e fin dal primo giorno piuttosto elevata da un minimo di 38.5 fino a raggiungere spesso il 39.5 e 40.2. Anche in questa le gengive erano tumide, tese, dolenti e con afte sulla mucosa boccale, ed ogni cura fu inutile fino a che non si incisero profondamente le gengive in modo da giungere a scoprire la corona dentaria. Anche nella piccola Annita il quadro morboso sopra descritto si è ripetuto più o meno esattamente ad ogni nuova eruzione dentaria in guisa, da richiedere sempre l'incisione delle gengive fino a che la dentizione fu completa, dopo di che per nessuna causa sono ritornati in campo fenomeni del genere, ed ora è giunta all'età di 5 anni in fiorente stato di salute. Devo però notare in questa una particolarità che non mi si offrì nel caso del fratello. Mi è occorso due o tre volte di dovere incidere le gengive ottenendo la cessazione dei soliti disturbi nervosi e febbrili, senza che però si avesse la sortita del dente, il quale si sentiva sulla punta del bisturì abbastanza profondo. L'incisione si cicatrizzava e si doveva poi tagliare nuovamente per la ricomparsa dopo 2-3 settimane dei noti sintomi. Questo fatto ha una analogia colle osservazioni di Barthez e Sanné i quali affermano che talora i fatti di una dentizione difficile scompajono senza che il dente sia uscito, e ri-

compajono fino a che il dente non abbia superato l'ostacolo (1). Anche il Tedeschi riferisce alcune storie cliniche in cui osservò l' insorgere dei fenomeni di dentizione in un epoca relativamente assai antecedente al momento della uscita dalla gengiva (2). L'Underwood pure aveva osservato che talora i denti non spuntano subito dopo l'incisione delle gengive. La ritiene però sempre utile e crede che abbia salvato molte vite (3).

Abbiamo dunque in una stessa famiglia quattro bambini in cui l'eruzione dei denti subisce un notevole ritardo dal limite fisiologico, e in cui questa funzione coincide collo sviluppo di un apparato morboso tale da rassomigliare ad una delle più terribili malattie che attacchino l'età infantile.

È egli possibile di pensare che in tutti si fosse trattato di una semplice coincidenza? Non lo credo. Intanto mi preme constatare che i due primi bambini, in cui si trascurò, o si misconobbe la dentizione come elemento patogenico, soccombettero; mentre negli altri due bastò togliere di mezzo l'ostacolo che si opponeva all'uscita dei denti per ottenere una rapida e completa guarigione; e questi fatti si ripeterono più e più volte, ossia ad ogni nuovo erompere di uno o più denti fino a che essi furono al completo.

E sono certo che senza l'intervento della incisione delle gengive anche i due ultimi sarebbero morti: tanto grave era la forma morbosa e tanto simile il quadro di sintomi che essi presentavano in confronto con quello dei due che morirono. E chi può dire di quanto saranno stati accresciuti nelle tavole di mortalità dei bambini, i casi di eclampsia da causa molteplice, e quelli di meningite, per il solo fatto di aver voluto considerare la dentizione come un fatto puramente fisiologico? E non sono io il primo a richiamare l'attenzione su fatti di questo genere. Accennai a quello di Rilliet e Barthez di una famiglia in cui un bambino morì colla diagnosi di meningite tubercolare, e in cui poi un altro bambino condannato da essi e da Potain per una sindrome morbosa identica fu poi guarito quasi istantaneamente da un omeopatico.... appena si ebbe l'uscita di un dente. Casi analoghi sono riferiti dal Guaita il quale parlando di queste pseudomeningiti dice che esse non sono tanto rare, e che talora sono gravi al punto da condurre a morte il bambino pel solo fatto della intrinseca loro natura (4). Il Tedeschi riporta la storia di due bambini in cui il quadro clinico che deponeva per una me-

(1) Traité clin. et prat. des malad des enfants. Paris 1887—pag. 135, Tom. II.
(2) Loc. cit. pag. 18.
(3) Tratt. delle malattie dei bambini. Trad. del Dott. G. Pensa—Livorno 1840—Tom. I.
(4) Della pseudomeningite dentaria. Gazzetta degli Ospedali 1833. N. 4. 5. 7. 8. 9.

ningite tubercolare scomparve coll' uscita nel primo di ambedue i canini inferiori e nel secondo di un dente molare. Bouchut e Fossangrives riferiscono casi di pseudomeningite dentaria e Sejournet, benchè confessi di non conoscere alcun caso di morte consecutiva agli accidenti di origine dentaria, pure parla di taluni casi in cui si ha la simulazione di una meningite tubercolare mentre non si tratta che di semplici fatti congestivi da parte delle membrane del cervello.

Dopo l'osservazione dei casi clinici di cui sopra ho succintamente riferito la storia, altre cinque volte mi è occorso di vedere forme morbose congeneri caratterizzate specialmente da contratture toniche e cloniche, da elevazioni termiche a carattere incostante, e da fenomeni catarrali dell' apparecchio digerente, scomparire in breve tempo dopo che la incisione delle gengive aveva tolto l'ostacolo alla libera uscita del dente. In tutti i casi si trattava di bambini piuttosto deboli ed in cui la dentizione era molto ritardata; in uno di questi, occorsomi pochi mesi fa, le convulsioni datavano da 15 giorni con vomito, febbre e diarrea.

Tanto nei nove casi da me osservati, quanto in quelli che ho veduto riportati da altri si è trattato sempre di fatti occorsi durante la prima dentizione. La seconda dentizione non dà quasi mai luogo a fenomeni morbosi per il fatto che il sistema nervoso è meno irritabile, e i fatti riflessi sono meno esagerati. Ne trovo alcuni esempi in una nota che il Dott. Pensa di Livorno fa al trattato dell' Underwood, trattato pochissimo conosciuto, ma che in alcuni punti, e specialmente in questo che riguarda la patologia della dentizione è molto da apprezzarsi per alcune giuste note ed osservazioni. Il Dr. Pensa adunque dice che in alcuni bambini scrofolosi i denti da latte cadono presto, al 2.° o 3.° anno di età, e allora alla seconda dentizione le gengive sono più resistenti e possono insorgere gravi disordini come si osservano nella prima dentizione. In una bambina che a 3 anni aveva già perduto tutti i denti da latte, a 7 anni insorse una malattia caratterizzata da gengive tumidissime tese e dolenti, da febbre con caratteri atassici per cui avvenne la morte al terzo settenario, e che l'A. attribuisce al fatto che allora non aveva l'abitudine di incidere le gengive. E infatti riferisce poi di un'altra bambina in cui i primi denti caddero dopo pochi mesi dalla loro eruzione e che a sei anni e mezzo fu incolta da una malattia simile a quella del caso precedente. Dopo l'incisione profonda degli incisivi medii si ebbe una calma di tutti i fenomeni: questi tornarono dopo una settimana e cedettero alla incisione e uscita degli incisivi laterali, per ripresentarsi molto accentuati fino a che non si incisero le gengive in corrispondenza dei primi molari, dopo di che alla 4ª settimana cominciò il periodo della convalescenza.

Anche Descroizilles parla di alcuni accidenti per la più parte di natura nervosa (cefalalgia, eclampsia, corea, epilessia, sonnolenza, strabismo, ambliopia, paralisi della palpebra superiore ecc., i quali starebbero in rapporto coll'apparizione dei denti della seconda serie (1).

Ora, a confronto di osservazioni positive molteplici quali sono quelle che mi sono passate sott' occhi, e che sono riferite da pediatri degni di fede e che sopra ho citato, quale valore hanno le osservazioni di altri che dicono di non aver mai veduto nulla di simile, e che per conseguenza escludono la dentizione dal novero delle cause di malattia nella patologia dell'infanzia? È lecito negare l'esistenza di una malattia solo per il fatto di non averla mai veduta? E sono persuaso che questa sia la ragione per cui molti valenti cultori di pediatria neghino alla dentizione qualunque influenza morbosa, perchè non si può supporre che osservazioni di tale natura siano sfuggite a valenti pediatri quali sono D'Espine e Picot (2), Magitot (3), Leveque (4), Copasso (5), Baginsky (6), ecc.

Il Bohn, benchè sia abbastanza scettico su tale quistione in modo da parlare dei *così detti* disturbi nervosi della dentizione, che egli addebita alla febbre piuttosto che considerarli come fenomeni riflessi provocati dalla medesima, afferma nondimeno che per stabilire che essi provengano dalla dentizione bisogna: 1.° escludere ogni altra causa, 2.° che le convulsioni si ripetano ogni qual volta spuntano i diversi gruppi dei denti e nelle stesse causali negative: 3.° che cessino non appena è comparso il gruppo dei denti (7). Ora è evidente che nei casi clinici che io ho avuto sott' occhi e che in parte ho riferito, e in quelli riportati dagli osservatori che sopra ho citato, le condizioni volute dal Bohn si sono esattamente verificate in modo che parlare di semplice coincidenza, e sconoscere un intimo rapporto tra causa ed effetto sarebbe, come bene si esprime il Vogel, niente ad altro da attribuirsi che ad assoluta mancanza di senno clinico.

(1) Traité elementaire de Pathologie et de clinique infantiles—Paris 1890, p. I, pag. 85.
(2) Man. prat. des malad. de l'enfance—Paris 1889.
(3) Études clin. sur les accidents de l'eruption des dents cher l'homme—Arch. gen. de méd. Paris 1881.
(4) De l'eruption des dents au point de vue de son mecanisme et des accidents qu'elle occasionne—Paris 1881.
(5) Studi ed osservazioni sulla fisiologia e sull'anatomia dei bambini—Torino 1887.
(6) Tratt. delle malattie dei bambini—Trad. del Prof. Fede— Napoli 1890.
(7) in Gerhardt—Tratt. compl. delle malattie dei bambini—Vol. IV. Parte II, pag. 105-108.

Quali condizioni è necessario di ammettere perchè un fatto puramente fisiologico, come per lo più è la dentizione, diventi la causa di un tale complesso di fenomeni morbosi da poter persino produrre la morte? Naturalmente non si può parlare di veri processi meningitici, perchè questi scomparirebbero da un momento all'altro per l'uscita spontanea o provocata del dente. Deve certamente trattarsi di fatti riflessi che hanno il loro punto di origine dallo stesso apparecchio dentario, e si incentrano nel cervello o nei suoi involucri, sotto forma di congestioni, di iperemie, di transudati, di emorragie. Non conosco nessun reperto necroscopico che possa far luce su questo punto. Solo Bouchut vagamente dice che se i bambini muoiono per il fatto delle convulsioni dipendenti dalla dentizione, non si trova alcuna alterazione nel cervello (1). Io non ho mai osservato alcuna lesione permanente residuale in bambini che furono malati di questa forma di pseudo-meningite. Ma Barthez e Sannè parlano di paralisi e di contratture, Vogel e Sejournet hanno anche essi osservato le paralisi e l'idiozia tener dietro a questa forma morbosa. Segno è che mentre nella maggior parte dei casi il processo anatomico si limita al semplice fatto iperemico o congestivo del cervello, o delle meningi, in questi casi più rari si spinse fino ai versamenti (idrocefalo), alle emorragie e forse anche a fatti sclerotici della corteccia. Riguardo al punto di partenza che come dissi deve porsi nell'apparato dentario, io non credo come molti affermano che sia costituito dalle gengive irritate dalla corona del dente, anche che esse sieno inflammate, o ulcerate. Ma credo piuttosto che dipenda dal fatto che il dente impedito di uscire per una esagerata resistenza del tessuto gengivale, esercita una contro pressione sulla sua radice e per essa sulle estremità dei nervi dentarii, diramazioni del trigemino. Talora il punto di partenza del riflesso dovrà pure ricercarsi nella distensione che l'alveolo troppo stretto o troppo resistente patisce per l'accrescimento del dente e per la sua tendenza ad uscir fuori. In questo modo si spiega come molte volte manchino i fatti di irritazione gengivale e il dente si trovi ancora abbastanza profondo da non uscire nemmeno dopo la incisione delle gengive la quale ciò nonostante vale a far cessare quasi all'improvviso i fenomeni pseudo-meningitici. Questa maniera di vedere è provata ancora dall'insorgere le convulsioni per la pressione esercitata sulla gengiva come a me e ad altri fu dato osservare.

Il Bramsen parlando dei disturbi della dentizione dice che nei

(1) Loc. cit. pag. 442.

casi benigni la lotta fra la resistenza della gengiva e la sortita del dente dura 2-3 giorni : nei bambini gracili e nervosi dura fino a 15 giorni: nei casi gravissimi in cui la resistenza è molto forte, la natura cede e allora vengono le complicazioni febbrili, gastro-intestinali e del sistema nervoso fino alla morte. Una costituzione gracile, la tardività della dentizione , l'avere parenti isterici o convulsionarii sono cause che figurano tra le remote e predisponenti. ZINNIS ha rimarcato pure tra queste le abitudini alcooliche della nutrice. Così deve dirsi di una nutrizione non adatta, dei disordini dietetici, dell'uso del biberon, ecc. SEJOURNET su 15 casi riferisce che 7 erano di bambini allevati col biberon. Il GUAITA annovera anche e sopratutto la stipsi ostinata od intercorrente a cui van soggetti parecchi bambini all'epoca della loro evoluzione dentale. È certo che la stitichezza deve favorire le forme congestive del capo. Ma io non saprei farne una causa principale e quasi necessaria dal momento che in tutti i nove casi di cui ho raccolto la storia ho invece dovuto notare sempre una diarrea per lo più sfrenata e persistente anche dopo cessati gli altri sintomi.

Se ritorniamo all'insieme dei fenomeni che nei casi che ho descritti si sono presentati nei bambini osservati da me , e alle descrizioni che di queste pseudo-meningiti dentarie sono state riferite da altri , si vedrà che se questa forma morbosa ha potuto talora venire confusa con altre malattie, pure vi sono alcune particolarità che valgono a condurre sulla buona via di un'esatta diagnosi.—La meningite tubercolare è quella forse con cui più difficilmente può venire scambiata, benchè essa sia la malattia di cui più di frequente si è parlato in casi di diagnostico dubbio o evidentemente dimostrato erroneo. Nella meningite tubercolare non si ha mai la esplosione rapida della maggior parte dei sintomi: vi è un periodo prodromico quasi costante, le convulsioni non si presentano che ad uno stadio avanzato della malattia, quando già altri sintomi dànno quasi certa la diagnosi, la temperatura nei primi tempi non raggiunge mai alti gradi, la stipsi è costante, il ventre è avvallato, il polso in un certo periodo è lento, il dimagramento è enorme e non proporzionale all'apparente gravezza della malattia. Vi è un'altra forma di meningite che a confronto della pseudo-meningite di dentizione presenta caratteri differenziali meno caratteristica, e che perciò più facilmente si può prestare ad un errore diagnostici , voglio dire della meningite cerebro-spinale epidemica. E ne ho studiati molti casi e posso dire che con questa un errore di diagnosi è molto più perdonabile che non colla prima. Nella meningite diplococcica l'invasione è rapidissima e la temperatura raggiunge subito alti gradi mai inferiori

al 40. Quasi costantemente l'andamento in ispecie nei 2-3 giorni è nettamente intermittente da simulare veri accessi malarici perniciosi. Una forma di convulsione che mai ho visto mancare è la forte contrazione tonica dei muscoli della nuca con marcato rovesciamento della testa all' indietro. Anche qui vi è stipsi ostinata: gli occhi sono tumidi, lucenti, injettati, con pupille in estremo grado miotiche. La pelle è ipersterica. Spesso compare precoce l'erpes labialis e si constata il tumore splenico. Un'altra malattia che nei primi giorni può almeno dar luogo a dei dubbi è la polmonite lobare. Io ho veduto più volte nei bambini per 4-5 giorni il quadro di una malattia cerebrale con febbre, convulsioni, vomito, delirio, coma, senza che l'esame ripetuto e accurato del torace espressamente diretto a riscontrare una pulmonite a ragione sospettata rivelasse alterazione di sorta. All'improvviso cessano i fenomeni nervosi e si avverte l' ottusità e il soffio bronchiale più o meno esteso, a preferenza nella metà superiore del polmone sinistro, e la pulmonite segue il suo corso. Sono quelle pulmoniti che i francesi chiamano a forma cerebrale e che, ammessa come è oggigiorno la loro natura infettiva, chiaramente si spiegano. Ricordano queste forme qualche cosa dell' inizio della meningite cerebro-spinale con cui sembra abbiano comune l' agente patogeno (diplococco). Manca però la trazione della testa all' indietro, il respiro è molto più affrettato, le ali del naso concorrono negli sforzi ispiratorii e l'espirazione è costituita da un sordo gemito caratteristico: è raro che manchi qualche piccolo colpo di tosse, il polso è duro, vibrato.—In tutti i casi, quali che sieno le difficoltà diagnostiche che si presentino, sarà bene di non dimenticare che la dentizione ha una gran parte fra le cause di malattie nei bambini. Quando ci si offrirà un quadro morboso del genere che sopra ho descritto, e si avrà per soggetto un bambino piuttosto gracile, in cui, passato il periodo fisiologico, non sia ancora spuntato alcun dente, se si avvertiranno le gengive tumide, dolenti, la cui pressione aumenti il malessere del bambino, il medico avrà il dovere di ricordare che esiste indubbiamente nei quadri nosologici una pseudo-meningite dentaria la quale scompare per la uscita spontanea o provocata dei denti, e che ove questa non avvenga può anche in qualche caso essere causa di morte.

Quale dovrà essere il nostro còmpito innanzi a casi anche sospetti di simil genere? La prattica pediatrica è concorde nel precetto di diminuire per quanto è possibile la forma iperemica o congestiva del capo. Perciò sono indicate dal principio le dosi purgative di calomelano anche ripetute, le senapizzazioni agli arti inferiori, i clisteri salini, la permanente applicazione di

ghiaccio al capo, e se il bambino sia abbastanza robusto anche un leggero sanguisugio alle apofisi mastoidi, o nella fossa sotto-occipitale. Fra i sedativi del sistema nervoso occupano il primo posto i bromuri, i bagni tepidi, i clisteri di assa fetida e sopratutti l'antipirina la quale ha pure il prezioso vantaggio di moderare le alte temperature. Se le gengive sono tumide e dolenti giovano molto le applicazioni di cocaina proposte credo per la prima volta dal mio distinto amico il Prof. Cervesato di Padova e trovate utilissime dal Tedeschi. Se dopo due, tre giorni, malgrado questa cura, persistesse la forma morbosa, e niente accennasse all' uscita spontanea dei denti, è necessario d' intervenire direttamente mediante la incisione delle gengive. Sembra impossibile come una indicazione così precisa, così razionale abbia avuto ed abbia tuttora tanti oppositori, o sia siffattamente misconosciuta da non meritare neppure una menzione a titolo di ricordo storico.

Il precetto d' incidere le gengive fu dato più che tre secoli fa da Ambrogio Pareo, e la prattica fu diffusa da Hunter, Rosen, Undervood, ecc. sicchè si rese comunissima, anche oltre il necessario in Inghilterra e in America. Ho tra i miei clienti una signora americana a cui ho curato molti bambini per le più svariate malattie, la quale pretendeva sempre che incidessi loro le gengive perchè mi diceva che in America si ha questa abitudine che a molti bambini salva la vita. In Francia, di fronte a molti oppositori che la giudicano per lo meno inutile, abbiamo il Fossangrives che da più che un trentennio se ne è fatto strenuo campione, il Lemonnier che afferma di avere con essa ottenuto una vera risurrezione, ed altri che più tepidi ammiratori ammettono che talora possa recare dei vantaggi positivi. In Germania e in Italia è una operazione o dimenticata o creduta inutile, se non dannosa, e come tale relegata tra i vieti arnesi della vecchia medicina. E ciò malgrado che molti ammettano un nesso causale diretto fra la dentizione difficile e molte gravi manifestazioni morbose dell'infanzia!

Forse il discredito in cui cadde dipende dall'averne abusato a dritto e a rovescio, dalle moltissime disillusioni avute da quelli che pretendevano forse guarire con tale semplice mezzo le più gravi malattie dell' età infantile. Eppure non vi ha dubbio che data l'esattezza della diagnosi, sia esso il più potente, forse l'unico e necessario mezzo per far cambiare rapidamente una scena di desolazione in un quadro sorridente in cui la riconoscente esultanza di una famiglia legittima il giusto orgoglio di un medico che ha la coscienza di aver bene meritato. Ed anche nelle ambagi della diagnosi val meglio esporci alla disillusione di una

operazione inutile ma innocua, piuttosto che lasciare intentato un mezzo così efficace di terapia, che in ogni modo può venire utilizzato come presidio diagnostico di esclusione.

Non hanno alcun valore gli addebiti che si fanno alla incisione delle gengive. Ellis teme che nei soggetti scrofolosi essa costituisca il punto di partenza di stomatiti ulcerose (1), mentre si sa che le stomatiti tutte fino alla forma cangrenosa si verificano precisamente nei casi di dentizione difficile. Rilliet e Barthez accennano a gravi emorragie per cui si dovette ricorrere al tamponamento: ma soggiungono che si tratta di accidenti di poca importanza e molto rari; ed infatti da allora (edizione del 1861) nessuno ne ha più osservate, benchè tutti gli oppositori ne parlino riferendosi però sempre alle asserzioni dei due citati autori. Finalmente molti oppongono che ove alla incisione delle gengive non tenga dietro immediatamente l'uscita del dente, possono determinarsi delle cicatrici il cui tessuto più duro potrebbe aumentare l'ostacolo. È questa una difficoltà più teorica che prattica perchè in primo luogo niente impedisce che l'operazione possa ripetersi, e in secondo luogo non è dimostrata dal fatto perchè moltissime volte ho veduto erompere colla massima facilità i denti di cui avevo incise le gengive qualche settimana prima, e perchè questo aumento di ostacolo non esiste nella seconda dentizione sebbene spesso i secondi denti debbano traversare cicatrici più considerevoli di quelle dovute al taglio di un coltello.

Molti consigliano l'incisione delle gengive non come mezzo per aprire la via all'uscita del dente, ma come una semplice scarificazione contro il turgore e il dolore infiammatorio delle medesime. Non nego che in qualche circostanza questa indicazione trovi la sua ragione di essere. Ma da quello che io sono venuto fin qui esponendo si comprende che l'indicazione a cui io tengo dietro è tutto affatto diversa. Per me lo scopo da raggiungere è quello di togliere la pressione che viene esercitata sulla polpa dentaria o sull'osso mascellare. È perciò che occorre incidere profondamente e sbrigliare ampiamente fino a dominare colla punta del bistori tutta la corona del dente. Talora le convulsioni non cessano perchè si procedette a mano troppo sospesa e cedono quando, ripetuta l'operazione, il dente fu messo allo scoperto.

Io mi servo di un piccolo bisturi retto, tagliente solo alla punta per circa un centimetro. Senza questa particolarità, è prudenza di fasciarlo nella parte inferiore della lama per non ledere

(1) Manuel pratique des maladies de l'enfance. Paris 1884. pag. 35.

le labbra e la lingua. Faccio tenere fissa la testa del bambino, mi pongo avanti se si tratta della mascella inferiore e dietro se della superiore. Limito tra il polpastrello dell'indice e del medio della mano sinistra lo spazio di gengiva che voglio incidere, tenendo con questo stesso mezzo bene divaricate le mascelle , e taglio profondamente e ampiamente fino ad essere sicuro di aver percorso coll'istromento tutta la corona del dente. Per gli incisivi prattico un taglio parallelo al bordo delle gengive e alle due estremità aggiungo un'altra piccola incisione perpendicolare in modo da produrre uno slabbramento della ferita lineare. Se il dente è molto profondo faccio una doppia incisione con leggera curvatura a concavità opposta in modo da circoscrivere e asportare un lembo ellittico del margine superiore della gengiva. Per i denti molari l'incisione deve essere a croce procurando che i tagli cadano sui tubercoli del dente. Anche per i canini preferisco l'incisione crociata, o se il dente non è molto profondo mi limito ad una sola incisione che tagli perpendicolarmente il bordo della gengiva percorrendo con la punta del bisturi la faccia posteriore, l'apice e la faccia anteriore del dente. Si deve naturalmente curare l'asepsi delle mani e dell'istromento, e soglio prima e dopo l'incisione nettare bene la bocca con una soluzione borica al 5 0|0.

Da 6 anni a questa parte ho pratticato oltre le cento volte l'incisione delle gengive senza avere a deplorare mai la più piccola conseguenza. Spesso ho ottenuto tali e così pronti risultati che migliori non potrebbero desiderarsene nell'esercizio della professione. Ne fan fede le storie cliniche sopra riferite. Altre volte ho ottenuto una benefica calma , quando il turgore della gengiva e la pressione endo-alveolare senza essere la causa della malattia concorrevano a rendere più gravi le condizioni dei piccoli infermi. Altre volte finalmente non ne ho ricavato alcun vantaggio perchè confesso che spesso nell'incertezza della diagnosi vi ho ricorso senza che ve ne fosse la precisa indicazione. In ogni modo son persuaso che valga meglio tentare una operazione inutile ma innocua, che trascurare un mezzo da cui si possono talora ricavare vantaggi altrimenti non sperabili. E mi auguro che i miei colleghi, specialmente quelli che si occupano di pediatria , facciano buon viso alle osservazioni da me raccolte, e si invoglino a rimettere in vigore un presidio terapeutico razionale, di provata efficacia, di facile applicazione e di assoluta innocuita.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

Contribuzione alla teoria ed alla cura della rachitide.

L'autore, il dottor Kassowitz, prende anzitutto a disamina la vecchia teoria, sostenuta ancora oggi da taluni pediatri, secondo la quale, la rachitide sarebbe dovuta a povertà di calce delle ossa. Come è noto, i partigiani di questa. teoria, benchè di a cordo nel concetto generale, propugnavano però tre punti di vista diversi. Alcuni sostenevano che il rammollimento delle ossa fosse dovuto a mancanza di calce negli alimenti; altri affermava che i sali minerali, benchè esistessero in quantità sufficiente negli alimenti, a causa della perturbata digestione non venivano assorbiti, per cui non erano addotti colla circolazione alle ossa; ed una terza scuola insegnava che nel canale digerente potevasi formare forse acido lattico, che veniva trasportato (col sangue) alle ossa, dove impediva il deposito dei sali o ridiscioglieva quelli già depositati.

Kassowitz fa rilevare che questa teoria è insostenibile per molte ragioni, fra le quali basta rilevare il fatto che *in un grandissimo numero di neonati* — nei quali non si può tener parola di disturbi prodotti dall'alimentazione — vi sono pronunziati sintomi di rachitide. Inoltre, anche in feti di sette mesi è stata constatata la rachitide.

Anche le *stagioni* hanno una notevolissima influenza sullo sviluppo di gravi casi di rachitide. La *curva*, che esprime il numero dei casi, sale, ogni anno, gradatamente durante l'inverno, raggiunge l'apice nei mesi di maggio e di giugno, indi si abbassa gradatamente, e raggiunge il suo livello più basso nel mese di novembre. *Questa curva è stata confermata in diversi paesi di Europa.* E con ciò si spiega perchè nell'etiologia della rachitide occupano un posto predominante le influenze nocive sulla respirazione, l'influenza morbigena di un'aria guasta, alla quale nei rispettivi mesi sono esposti i bambini delle classi povere (che presentano il massimo contingente di casi alla rachitide). Va da sè, che anche un'alimentazione incongrua come pure un disturbo digerente possono mantenere uno stato d' irritazione flogistica nei tessuti osteogeni. Ma, non è la mancanza di calce negli alimenti, sibbene un' affezione locale, che produce la mancanza di calce delle ossa. *La teoria chimica deve essere sostituita da quella anatomica.* La rachitide è un processo irritativo locale, contrassegnato dalla formazione di spazii midollari ricchi di vasi nella cartilagine, nonchè dalla notevole replezione sanguigna del periostio e della midolla delle ossa. *Appunto a causa dei disturbati processi di circolazione si spiega pure* — come fu dimostrato da Virchow già 25 anni or sono — *perchè nei rachitici si effettua così lentamente il deposito dei sali calcari.*

Quanto alla cura della rachitide, Kassowitz fa rilevare che il ferro e l'olio di fegato di merluzzo non possono, neppure per ombra, debellare il processo rachitico. Tutto al più, risollevano un poco lo stato generale della nutrizione. *Lo specifico della rachitide è il fosforo.* L'Autore dice di averlo finora sperimentato in *venticinquemila bambini rachitici*, e di averne sempre ottenuto splendidi risultamenti. Molti anni or sono, prima che egli avesse introdotto il fosforo nella cura della rachitide, vedeva, in media, un trecento bambini rachitici all'anno. Dacchè i successi nella cura si andarono moltiplicando, rinacque la speranza nei genitori dei

bambini rachitici, e da alcuni anni a questa parte gli vengono condotti, in media, circa cinquemila bambini rachitici ogni anno. Inoltre Kassowitz dice, che oggi gli vengono presentati in cura anche bambini affetti da *rachitis tarda*, nonchè casi di grave rachitide complicata a pseudoleucemia. Il fosforo apporta anche qui la guarigione. Per lo passato non gli venivano mai condotti in cura casi di grave rachitide, perchè i genitori dei bambini avevano deposta la speranza della guarigione.

Ordinariamente egli dà il fosforo nell'olio di fegato di merluzzo. Con l'aggiunta della saccarina, il medicamento viene reso tollerabile. Per i casi in cui l'olio di fegato di merluzzo riesce del tutto ripugnante, egli raccomanda la seguente ricetta:

Pr. Fosforo	. . . .	0,1
Lipanina	. . . .	30,0
Zucchero bianco Polv. di gomma arabica	) ana . . .	15,0
Acqua distillata	. . . .	40,0

Mesc. e fa emuls.

In questa forma, il medicamento viene tollerato da tutti i bambini. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*). V. Meyer.

Sulla tubercolosi dei testicoli nei bambini.

Il dottor Jullien afferma, che nei bambini le affezioni tubercolari dei testicoli non sono molto rare. Nello elasso di circa tre anni, egli ne ha osservato nell'*Ospedale Trousseau* circa 17 casi, (= 1 caso su 150 bambini accolti ivi). Questi 17 casi insieme ai 3 descritti dal professore Lannelongue nella sua monografia dal titolo « *sur la tuberculose externe congenitale et précoce* » costituiscono la base clinica del lavoro di Jullien.

Circa l'*età* dei bambini infermi, è a notare, che 6 contavano da uno a dieci mesi, 6 da uno a due anni, e 8 stanno fra il secondo ed il tredicesimo anno. — Relativamente all'*eredità* non furono fatte indagini positive.

Tutti questi bambini appartenevano alla classe povera, erano stati partoriti in sfavorevolissime condizioni igieniche, e molti di essi erano contemporaneamente affetti da tubercolosi delle ossa e delle articolazioni. Il testicolo sinistro era affetto più profondamente del destro.

L'Autore descrive minutamente la sindrome ed il decorso della malattia. Nessuno dei bambini morì; e dopo molti anni Jullien ne rinvenne parecchi che erano guariti e godevano ottima salute. Spesso, soltanto una depressione cicatriziale quasi impercettibile ricordava l'antica ulcera tubercolare. Il trattamento fu, in complesso, *espettante*. Internamente fu dato l'olio di fegato di merluzzo ed il jodoformio (quest'ultimo medicamento alla dose di 5 ctgrm. al giorno fu tollerato dai bambini ottimamente per mesi interi).

Come già abbiamo accennato, i risultati di questo trattamento furono favorevoli.

Giustamente l'Aut. richiama l'attenzione sul fatto, che fra le affezioni tubercolari dei genitali dei bambini e quelle degli adulti bisogna fare una *distinzione* circa il trattamento, giacchè nei primi può essere espettante, nei secondi deve essere operativo.

In ultimo Jullien descrive i 20 casi di tubercolosi dei testicoli nei bambini. Fra essi ve ne sono alcuni in cui la tubercolosi era apparsa

molto precocemente, già nella vita intrauterina. Ciò avvalora quella opinione, secondo la quale non sempre fa d'uopo di un bacillo ricettato nell'organismo *post-partum* per divenire tubercoloso. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*). V. MEYER.

La Paralisi nei bambini.

Nei primi due anni della vita le cerebropatie, secondo il dottor WILLIAM SQUIRE, sarebbero meno frequenti di ciò che si crede. In quell'età soltanto di rado si rinvengono sintomi emiplegici. La ineguale attività dei muscoli facciali od oculari deriva piuttosto da disturbi della funzione riflessa oppure da disturbi locali di nutrizione; mentre gli accessi convulsivi sono l'esponente di un'irritazione spinale oppure di un'anemia cerebrale, o di entrambi contemporaneamente, ed in quest'età della vita di rado dinotano un'affezione cerebrale. — Anche il coma ed un leggiero grado d'incoscienza possono perdurare alcune ore, senza che vi sia una « compressione cerebrale ». — Il dottor SQUIRE porta opinione, che nei primi due anni della vita il *cervello* stia *in relativo riposo*, mentre il *midollo spinale* sarebbe *attivissimo*, e può divenire rapidamente la sede di una lesione organica, specie di quelle che hanno esito in una poliomielite delle corna anteriori, e sono note col nome di *paralisi infantile.* — Nel *secondo* periodo dell'infanzia può verificarsi una poliomielite in qualsiasi parte del cervello o della midolla spinale dopo molte malattie acute; ed anche se limitata, può cagionare di botto una paralisi permanente. Qualche volta ciò accade in seguito alla difterite.

Durante tutta la sua carriera professionale l'Autore non ha veduto che un solo caso di paralisi spastica, il che — secondo lui — dinoterebbe il predominare dell'affezione del midollo spinale nella genesi della paralisi nei bambini. Il bromuro di potassa, il cloralio ed il cloroformio rimuovono le convulsioni; più tardi le contratture vengono allontanate colla flessione forzata. Inoltre, egli riferisce quattro casi di paralisi infantile, nei quali le contratture e la paralisi delle estremità furono guarite ricorrendo a mezzi meccanici, alla recisione del tendine di Achille, all'elettricità, ecc.

Secondo SQUIRE, si debbono ammettere due forme di paralisi della midolla spinale nei bambini: la *prima* è piuttosto accidentale, molto rara; essa richiede il riposo, i sedativi, e fa d'uopo procrastinare l'applicazione di mezzi meccanici. La *seconda* forma richiede l'applicazione dei mezzi meccanici fin dal primissimo periodo della malattia per prevenire deformità persistenti. Così nell'una come nell'altra è necessario l'uso dei tonici, e specialmente della stricnina.

Eccezion fatta dei pochi casi in cui la difteria è causa efficiente della lesione di un centro nervoso, è a notare che la paralisi difterica in generale è dovuta ad una degenerazione locale di piccole fibre nervose e muscolari, e non lascia un permanente disturbo nella funzione o nella forma del tronco e delle estremità.

Soltanto nella poliomielite anteriore acuta dei bambini un intero muscolo oppure un gruppo di muscoli non vengono più innervati dal centro, e ne seguono alterazioni degenerative irreparabili, le quali spesso si associano ad effetti collaterali gravissimi, molti dei quali possono essere prevenuti oppure anche rimossi mercè una cura intelligente e razionale, praticata in primo tempo. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*).

V. MEYER.

Sull'empiema nei bambini con speciale riguardo al trattamento chirurgico.

In un lungo ed elaborato articolo, il dottor Foltanek tratta a fondo codesta quistione.

Per i bambini al pari che per gli adulti l'operazione è la *conditio sine qua non* della guarigione. In vero, vi sono empiemi che guariscono anche senza l' intervento del chirurgo. Ma i risultati finali di una tale guarigione naturale sono sempre pessimi, e certamente non conducono a quell'obbiettivo che si propone il chirurgo, cioè la *restitutio ad integrum*.

La guarigione senza l'operazione è possibile in triplice modo, cioè:

1) Gli elementi liquidi dell'essudato vengono riassorbiti, mentre quelli morfologici in parte degenerano in grasso e ponno anche essere riassorbiti; oppure si addensano e covrono in forma di masse caseose i foglietti pleurici, impedendo così la completa espansione del pulmone.

2) L'essudato purulento può aprirsi una via all'esterno.

3) Perforazione del pus in un bronco, ed espettorazione per la via del polmone.

Ciò premesso, l' Autore espone minutamente tutti i pericoli inerenti a queste guarigioni naturali, le quali anche nel più favorevole caso implicano un tempo lunghissimo, per cui ne risultano altri inconvenienti. E basti, per es., accennare che quando l'essudato purulento si apre una via all'esterno, per cui si forma una fistola, ci vogliono talvolta mesi ed anni perchè essa si chiuda definitivamente. E non poche volte la conseguenza della cronica suppurazione fu la tubercolosi oppure la degenerazione amiloide. E tutto ciò pur prescindendo da che un tale processo di guarigione relativa implica lungo tempo, il che soltanto in rarissimi casi rende possibile un'espansione completa del pulmone. E ciò dicasi specialmente per i bambini, in cui le costole cedono, più facilmente che negli adulti, alla trazione della cicatrice che si forma.

Quindi la regola generale, alla quale il chirurgo pediatra deve attenersi nell'empiema, è di operare.

Ciò premesso l'Autore prende in accurato esame tutti i metodi operativi finora seguiti, onde indagare quale di essi meriti la preferenza.

Come è noto, quelli più in uso nell'empiema possono, in complesso, essere ridotti a tre:

A. Punzione (la quale ha subito finora svariate modificazioni).

B. Apertura coll'incisione e drenaggio.

C. Apertura colla resezione di una o di molte costole e drenaggio.

E qui l'Autore, alla stregua dei risultati finora conseguiti con ciascuno di questi metodi, si fa ad esaminare quali di essi risponda di più alle esigenze che vengono imposte al trattamento chirurgico dell' empiema, e le quali possono essere riassunte come segue: anzitutto vuotare completamente il pus, ed in secondo luogo provvedere al suo completo deflusso.

Noi non seguiremo qui l'Autore nella dotta e ben ponderata critica che egli fa di tutti i metodi, i quali vengono da lui vagliati anche in base ai risultati conseguiti nella sua pratica personale, ed i quali riassumeremo qui brevemente.

Sopra 19 bambini affetti da empiema, egli ha eseguito finora 21 operazioni, e proprio:

4 punzioni
17 operazioni col taglio.

Delle punzioni 2 hanno dato un risultato positivo, e 2 uno negativo. Sulle 17 operazioni col taglio, in 4 accadde la morte; ma, in nessuno di questi casi il metodo operativo può essere reso responsabile dell'esito letale. In fatti, in uno di questi casi la morte accadde perchè sopravvennero pleurite e pericardite al lato destro; in un altro, perchè eravi degenerazione amiloide del fegato, della milza e dei reni quando fu fatta l'operazione; nel terzo caso, l'esito letale fu dovuto alla innoltrata degenerazione adiposa del cuore ed al marasma; nel quarto, la morte fu conseguenza di una broncopulmonite verificatasi in seguito a pertosse.

La durata più breve per la guarigione in seguito all'operazione col taglio ascese a 6 settimane, quella più lunga a 23 settimane.

I risultati a cui è pervenuto l'Autore sono i seguenti:

La punzione (con le sue diverse modificazioni) è il metodo più semplice, e qualche volta può condurre allo scopo. Ma, essa non risponde mai a tutti i quesiti imposti ad un' operazione chirurgica dell' empiema, cioè il vuotamento completo ed il deflusso costante del pus. Secondo Bülau, soltanto il drenaggio con aspirazione permanente risponderebbe a tutte le indicazioni. Ma nei bambini questo processo è tanto difficile, sia per la strettezza degli spazii intercostali sia per la loro irrequietezza, che non può essere affatto raccomandato.

Resta, quindi, soltanto l' incisione con o senza resezione di un tratto di costola.

Il risultato supremo, che dobbiamo cercare di realizzare coll'operazione chirurgica dell' empiema, è la guarigione con ripristinamento completo della funzione del rispettivo pulmone. Ora, i risultati ottenuti dall' Autore nella sua pratica lo autorizzano a dichiarare recisamente, che ciò colla semplice incisione può essere conseguito così bene come colla resezione di costole. Ora, tenendo presente che il processo colla semplice incisione sia per la semplicità della tecnica, sia per la specie della ferita che produce, presenta vantaggi superiori alla resezione, è giustificato affermare che gli empiemi recenti semplici debbono essere operati coll' incisione, senza resecare un tratto di costola. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*). V. Meyer.

Il sarcoma poliposo della vagina nelle bambine.

Il dottor Kolisko, dopo aver riferito tre casi di questa specie da lui ultimamente osservati negli ospedali di Vienna, fa una statistica dei casi consimili menzionati nella Letteratura, e ne trae alcuni corollarii etiologici e terapeutici, che meritano di essere presi in considerazione.

I casi finora riferiti (compresi quelli da lui osservati) ascendono ad 11. Di questi è nota l'autopsia di 8 casi.

Il punto di partenza fu, per lo più, la parete vaginale anteriore. Il tumore primario risiedeva per lo più a larga base. Intorno al punto di origine del tumore primario si sviluppano molte vegetazioni della mucosa, le quali crescono in forma di masse polipoidi, e finiscono per sporgere al di fuori della rima vulvare. A causa di tal fatto la vagina viene considerevolmente dilatata ed allungata.

Nei casi innoltrati non solo la mucosa ma anche la muscolatura è infiltrata, e la parete vaginale è enormemente inspessita. Nell' ulteriore decorso non pure l'utero, ma anche il setto vescico-vaginale, la vescica urinaria vengono interessati dalla neoformazione, più di rado le glandole linfatiche. Giammai fu attaccato il retto, e giammai apparvero focolai secondarii.

Spesso la neoformazione cagiona processi infiammatorii, cistite, pielonefrite, piometrite e peritonite purulenta, che può dare il colpo di grazia all'infermo. In tutti i casi si verificarono dilatazione della vescica e degli ureteri, e l'idronefrosi.

L'esame microscopico fece rilevare, in tutti i casi, che trattavasi di varie specie di sarcoma: fibrosarcoma tre volte, fibrosarcoma con fibre muscolari striate due volte; e negli altri casi furono constatati sarcomi fusocellulari, con e senza fibre muscolari striate, sarcoma a cellule rotonde, miosarcoma, ecc.

È degno di nota il fatto, che il tessuto polipoide in molti casi presentava un carattere idropico, giacchè ciò potrebbe farlo scambiare col tessuto mucoso.

Il dottor Kolisko si associa all'opinione di Hauser, che il sarcoma vaginale delle bambine deve essere, dal punto di vista della patogenesi, attribuito a germi di tessuto embrionale che rimasero strozzati. Egli non accetta l'opinione di Ahlfeld, secondo il quale il sarcoma vaginale delle bambine deve essere posto in nesso etiologico col carattere papillare della mucosa vaginale, che appare nel quinto mese della vita fetale.

Ordinariamente il tumore viene scoverto quando ha raggiunto un certo volume, o quando appariscono flussi vaginali sanguinolenti.

Tutti i casi, finora osservati, terminarono colla morte, tranne uno di Schuchardt, nel quale due anni dopo asportata la *recidiva*, la bambina è tuttora vivente e sana.

L'operazione di questi casi fa sperare un successo solo quando venga fatta molto per tempo, e l'estirpazione sia *radicale*. Nell'ora citato caso di Schuchardt, la recidiva fu rimossa insieme a tutta la metà inferiore della parete vaginale posteriore. E si tenga inoltre presente come regola generale, che la mucosa deve essere ampiamente asportata intorno alla inserzione del tumore. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*).

V. Meyer.

Sul pemfigo acuto e sull'herpes zoster.

Secondo Henoch, il pemfigo acuto, la cui esistenza oggi è assolutamente dimostrata, abbraccia quella nota forma che si presenta nelle prime settimane della vita e che fu spesso ritenuta erroneamente come sifilide, nonchè quelle pseudoforme di pemfigo le quali non sono altro se non effetti di diversi stimoli cutanei, e finalmente quella forma, che, secondo Henoch, è caratterizzata da un'eruzione di molte vesciche, la quale accade contemporaneamente oppure si segue in rapida successione per lo elasso di settimane, in mezzo a febbre più o meno alta, e senza che si possa constatare un'influenza di stimoli cutanei esterni.

Finora non è stato ancora dimostrato, se questo pemfigo sia dovuto ad un microrganismo specifico.

In un periodo innoltrato dell'infanzia si veggono talvolta apparire, nel corso di esantemi acuti e della vaccinazione, vesciche multiple, le quali presentano una grave tendenza al disfacimento necrotico.

È dubbio se questi casi di pemfigo acuto rappresentino complicanze autoctone, oppure se sieno un effetto secondario dell'infezione primaria. Henoch opina che sia possibile così l'uno come l'altro caso.

Secondo Henoch, queste forme possono essere ritenute come complicanze autoctone allorchè esse (come nei casi da lui descritti) dominano talmente la scena patologica, da mascherare il quadro della malattia infettiva primaria.

Oltre ad un caso di questa specie, osservato nel corso del morbillo, e che fu pubblicato nel 1882, egli ne riferisce ora un altro, che riguarda un bambino di 6 anni, in cui alla sesta settimana di una scarlattina a decorso quasi normale, apparve un' eruzione molto diffusa di grosse bolle di pemfigo, alla quale, dopo un' interruzione di dieci giorni, ne seguì una seconda anche molto diffusa e che durò 19 giorni; indi, nel corso di 14 giorni, si ebbero altre tre eruzioni. In questo caso si ebbe la guarigione. L'urina, che fu esaminata ripetutamente, tranne tenui quantità di albumina, non presentò nulla di abnorme nei giorni in cui la febbre era alta.—Da questo infermo, che era stato in clinica per molte settimane, non ebbe punto di partenza nessuna infezione. E lo stesso fu notato in un caso consimile.

Secondo Henoch, non è stata fornita ancora la pruova scientifica, che i casi di pemfigo acuto, osservati molte volte in forma epidemica, sieno realmente contagiosi.

Henoch porta opinione, che forse una ptomaina debba essere riguardata come la causa del pemfigo acuto; o che probabilmente non è una sostanza patologica specifica, ma diverse sostanze deleteree circolanti nel sangue, che potrebbero originare il pemfigo.

Inoltre, Henoch menziona pure un caso (riferito nel suo Trattato) di pemfigo *congenito*, che è persistito dalla nascita fino al quarto anno della vita.

I tentativi finora fatti per attribuire il pemfigo all' influenza di nervi trofici o vasomotori, non sono riusciti.

L'*herpes zoster dei bambini* si distingue da quello degli adulti per la mancanza completa o quasi completa della sensazione dolorosa, tuttochè debbasi ammettere, che nei bambini vi sieno allora processi irritativi nei nervi, nei gangli spinali o finanche nel midollo spinale. Il fatto per ora resta inesplicato.

Anche in riguardo all'etiologia di quest'affezione, Henoch afferma che per ora non può dire nulla di positivo; egli non ha potuto accertare alcun rapporto colla spondilite, che è tanto frequente nei bambini. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*). V. Meyer.

Contributo al trattamento operativo dell' idrocefalo cronico.

Tutti gli esperimenti finora fatti per guarire un idrocefalo cronico vuotando le masse dei liquidi che si erano accumulate nella cavità cranica, e specialmente nei ventricoli cerebrali, sono falliti tranne in pochi casi (come per es. in quello di Thomson nel 1864). I risultati finali sono stati addirittura pessimi. Nè cade dubbio, che l'esito letale è stato spesso determinato dall'operazione, o per lo meno accelerato. Quindi si è autorizzati a sollevare la domanda, se siano autorizzati a tentare un'operazione che minaccia direttamente la vita dei bambini infermi. E codesta domanda è tanto più grave, in quanto che è indubitato che per via del riassorbimento è possibile una guarigione *spontanea* dell' idrocefalo cronico. Ora, secondo il dottor Pott, appunto questa circostanza addita che per *via operativa* potrebbe essere ottenuto un esito identico. I pessimi risultati sono, naturalmente, dovuti alla stessa natura dell' affezione; ma potrebbero, forse, essere messi a conto dei metodi finora in uso. — A ciò si aggiunga, che sono stati ben constatati alcuni casi, nei quali l'idrocefalo si fece strada attraverso i suoi involucri, e trovò la via all' esterno, attraverso un canale osseo.

Ciò premesso, il dottor Pott prende a disamina i metodi operativi finora seguiti, e che possono essere riassunti come segue:

La *compressione del cranio idrocefalico* mediante fasce fortemente applicate, strisce d' empiastro adesivo, ecc. Con questo metodo si è avuto l'obbiettivo di accrescere il riassorbimento, ed eventualmente impedire una *nuova* essudazione. Tuttavia con questo metodo non solo non si è *mai* ottenuto alcun che di buono, ma è stato aggravato lo stato dell' infermo, perchè l'accresciuta pressione esterna aumenta quella interna. In molti bambini idrocefalici si verificano allora contusioni, contratture, disturbi della coscienza. È stata riferita finanche una lacerazione della base del cranio (BRUNS). — Inoltre, sotto la fasciatura si producono facilmente escoriazioni cutanee, formazioni di pustole, gangrena della pelle.

Più razionale è la *punzione seguita dalla compressione.*

La punzione tecnicamente non presenta alcuna difficoltà. Ma il liquido si riproduce con straordinaria celerità, anche se venga vuotato del tutto. Nello stato attuale delle nostre conoscenze, si può soltanto dire che la punzione è un mezzo palliativo; e certamente lo si può raccomandare perchè innocuo. È dubbio se con essa possa ottenersi una *guarigione duratura.*

La *punzione con iniezione di jodo* (e proprio colla soluzione di LUGOL che è una soluzione di joduro di potassa jodurato) avrebbe dato finora un *risultato definitivo* soltanto a TOURNESCO. D' altra parte è certo che non provoca sintomi tumultuarii.

Il quarto metodo sarebbe l'*incisione ed il drenaggio del sacco idrocefalico.* Quest' operazione radicale ha, secondo il dottor POTT, un avvenire splendido davanti a sè, perchè procaccia il *persistente* deflusso del liquido cerebro-spinale. Se si tiene conto che in tutti i casi di *guarigione naturale* dopo rottura *spontanea* del sacco idrocefalico si ebbe il deflusso permanente del liquido idrocefalico, è il processo *che meglio di tutti imita la guarigione naturale.*

Secondo il dottor POTT, l'avvenire del trattamento chirurgico dell'idrocefalo dipende non poco dalla *esatta scelta* dei casi in cui lo si può tentare. E così, per es., esso è assolutamente controindicato in quei casi di idrocefalo congenito nei quali havvi sviluppo rudimentale del cervello, e vi sono pure altre complicazioni (spina bifida, ecc.). Non ogni idrocefalo cronico si presta per l' operazione. Ogni versamento di liquido intracranico di mediocre grado deve essere ancora riguardato come un *noli me tangere.* L'operazione è, in vece, indicata specialmente in quei bambini, che malgrado l'idrocefalo si sviluppano bene fisicamente e psichicamente, finchè accade un continuo aumento della circonferenza del cranio; e dalla comparsa di sintomi di irritazione e di compressione cerebrale si può desumere che la malattia ha assunto un corso progressivamente minaccioso, e la prognosi si presenta fatale. In questi casi l' incisione col drenaggio del sacco idrocefalico può, nell'avvenire, dare risultati soddisfacenti. (*Jahrbuch fur Kinderheilkunde*). V. MEYER.

Osservazioni sull'influenza nei bambini.

Nella numerosissima letteratura, che possediamo sulle tante epidemie di influenza dei secoli scorsi, si trovano pochissimi cenni sul quadro clinico di quest'affezione nei bambini. Nelle ben note monografie di SCHWEICH, HIRSCH, BIERMER e ZUELZER vi sono scarse notizie sul grippe dei bambini. Negli ultimi tempi KORMANN e FILATOFF hanno pubblicato due monografie sull'influenza nei bambini; ma poichè questi due autori non hanno osservato epidemie di influenza, e tutto al più hanno veduto casi sporadici, le loro pubblicazioni hanno valore soltanto come scritti di compilazione.

Nel modo stesso come in tutte le malattie infettive acute — fra le quali deve essere annoverata pure l'influenza — si presentano epidemie gravi e leggiere; così parimenti nel corso dei secoli sono state osservate epidemie di influenza con mortalità ora grande ed ora piccola. Però sembra che i bambini facciano un' eccezione sul proposito. E, di fatti, vi sono state epidemie in cui essi restarono quasi completamente immuni, ed altre in cui furono colpiti specialmente i bambini (ed il massimo contingente fu dato dagli scrofolosi, dai rachitici, ed in complesso possiamo dire dai meno resistenti), e la maggior parte degli attaccati morì. E così, per es., secondo le indicazioni di Valleriola, la grande epidemia di influenza del 1557-1558 infierì specialmente fra i bambini. Mentre negli adulti, e specialmente nei vecchi, il grippe cagiona spesso gravi bronchiti e pulmoniti, pare che nei bambini predominino i sintomi nervosi. Ed il dottore Guibout riferisce che nell'epidemia del 1851 constatò in tre piccoli bambini gravi sintomi d'incipiente meningite.

In quanto all'epidemia d' influenza del 1837, il dottore Durr riferisce che i bambini fra 1-8 mesi colpiti della malattia presentarono spesso spasmo della glottide, il quale non di rado produsse la morte per soffocazione.

Nell' epidemia d'influenza che infierì l'anno scorso in Germania, il dottor Carstens si propose di studiare le note cliniche di quest'affezione nei bambini. I risultati a cui è pervenuto li ha riferiti minutamente in un articolo, che qui brevemente riassumiamo, rimandando alla lettura dell'originale chi s'interessa maggiormente di questo nuovo capitolo della Patologia pediatrica.

Secondo il dottor Carstens, per lo più nei bambini l' inizio dell' affezione suole essere più lento che negli adulti. Il periodo d' incubazione oscilla fra pochi giorni e molte settimane. I sintomi prodromici erano inappetenza ed agitazione. Nei bambini grandicelli all'inappetenza si associavano enorme prostrazione di forze, tosse, corizza e cefalalgia.

Colla febbre si manifestava la malattia in tutta la sua natura. Vi si associavano esacerbazione di tutti i sintomi, specie della cefalalgia, la cui sede — a giudicare dalle indicazioni dei bambini grandicelli — era prevalentemente frontale.

Inoltre Carstens ha notato che in un gruppo di casi la malattia esordì *repentinamente* con cefalalgia, dolori al ventre, e talvolta anche col vomito.

Mentre nell'ultima epidemia d'influenza gli adulti ebbero con straordinaria frequenza alterazioni della mucosa dell'apparecchio respiratorio, nei bambini il catarro delle vie aeree e la bronchite furono molto più rari, finanche nei casi a decorso protratto. Nei bambini attaccati da influenza la bronchite si presentò nella proporzione di 1: 3 casi. Per lo più era secca anzichè umida, ed aveva sede posteriormente ed in giù.

In quasi tutti i casi era impegnato l'apparecchio digerente. L' inappetenza non mancava mai. La stipsi dominava più spesso della diarrea. Per tutt'altro, si notavano, in modo più o meno pronunziato, le ordinarie note del catarro dell'apparecchio digerente.

Più culminanti erano i sintomi da parte del cervello e del sistema nervoso: grande prostrazione oppure estrema irrequietezza, dolori trafittivi in tutte le regioni del corpo, cefalalgia che diveniva intollerabile, specialmente di sera. In alcuni casi fu osservato finanche il coma, che durò ventiquattr'ore.

In quanto al decorso della febbre, l'Autore dichiara che gl'infermi da lui osservati possono essere, su tale riguardo, divisi in tre gruppi, e proprio:

1) Casi nei quali la febbre aveva un tipo efimero;
2) Casi protratti;
a) con bronchite;
b) senza bronchite;
3) Casi complicati.

Una lunga e particolareggiata casuistica, alla quale sono aggiunte le rispettive curve termiche, è esposta onde convalidare la testè cennata divisione dei casi d'influenza nei bambini, in rapporto alla febbre.

Sono queste, in complesso, le note cliniche più salienti, che nei bambini furono accertate dall' Autore nell' ultima epidemia d' influenza. Esse costituiscono un pregevole contributo alle nozioni che già possedevano i pediatri sul proposito. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*).

V. Meyer.

Idrocele dei neonati.

Come è noto, le opinioni degli autori su quest'affezione sono molto discrepanti. Alcuni la negano recisamente, altri dicono che essa è rarissima, ed altri la ritengono come molto frequente. Wechselmann (a Lipsia), avendo avuto agio di osservare centinaja di neonati, dice che l'idrocele dei neonati è abbastanza frequente, ed in non pochi casi trovò che esso comunicava colla cavità peritoneale. Di rado aveva sede a sinistra, per lo più a destra. Nella maggior parte dei casi il tumore è piccolo.

Wechselmann porta opinione, che l'idrocele dei neonati fu negato da taluni autori perchè passò inosservato a causa del suo tenue volume, oppure perchè fu scambiata coll'edema dello scroto.

L'Autore crede che l'idrocele dei neonati in parecchi casi sia di origine intrauterina, in altri dovuto ad offesa patita dal testicolo durante la la sua discesa, oppure ad orchite sofferta dal testicolo nella vita intrauterina, ovvero a trauma del testicolo durante il parto. Egli rigetta completamente l'opinione di coloro che credono essere l'idrocele dovuto a disturbo della circolazione, oppure ad accresciuto afflusso di sangue arterioso al testicolo. (*Archives of Pediatrics*).

V. Meyer.

Un caso di diabete mellito.

Il dottor I. de Bary descrive minutamente un caso di diabete mellito in persona di una bambina di 13 anni la quale aveva già superato il tifo. L'affezione si mostrò ribelle a tutti i medicamenti; quello che spiegò efficacia migliore di tutti fu l'*inulina.* Dopo non molto apparve la tubercolosi, che apportò l' esito letale. L' autopsia fece rilevare che amendue i pulmoni erano disseminati di tubercoli recenti, e che nel lobo superiore destro vi erano alcune caverne della grandezza di una nocciuola di ciliegia.

L'Autore dichiara che si è indotto a pubblicare questo caso soprattutto per combattere talune asserzioni di Kuelz, il quale aveva riferito che nel 1874-1875 aveva richiamato l'attenzione sull'*inulina*, raccomandandola come un mezzo, che era forse pregevole nella dietetica dei diabetici; però, nel tempo stesso aveva espresso la supposizione, che l'inulina somministrata per lungo tempo, oppure a dosi giornaliere elevate, potrebbe probabilmente accrescere l'escrezione dello zucchero. Moering, ripetendo gli

esperimenti coll'inulina confortò l'opinione di KUELZ. L'Autore dichiara che non solo ha trovate esatte le affermazioni di MOERING, ma che dai risultati ottenuti si crede autorizzato a raccomandare l'inulina come un mezzo che spiega nel diabete un'azione efficace e di lunga durata. (*Archiv für Kinderheilkunde*).

V. MEYER.

Cirrosi del fegato nei bambini.

La cirrosi epatica dei bambini è un'affezione rarissima. Su questo punto si accordano tutti gli Autori: RILLIET, BARTHEZ, DESPINE, PICOT, LAURE, HONORAT, E. SMITH, TIERFELDER, BIRCH-HIRSCHFELD, HENOCH, FLINT, HOWARD e gli altri. Finora ne sono stati osservati pochissimi casi nel Canadà, in Germania, in Inghilterra, in Francia, negli Stati Uniti, in Irlanda e nell'India.

Giustamente il dottor EDWARDS dice, che se negli adulti è ancora piena di lacune la etiologia della cirrosi, per ciò che concerne i bambini si può dire che essa sia oscurissima. Benchè FRERICHS, HONORAT ed altri abbiano riferito casi di cirrosi epatica in bambini che abusavano di sostanze spiritose, d'altra parte GERHARDT ha fatto giustamente rilevare, che è difficile constatare l'alcoolismo nei bambini. EWDARDS porta opinione, che le febbri infettive possono avere un'influenza rilevante nella genesi della cronica epatite interstiziale, apportando esse disturbi epatici, che per un tempo più o meno lungo decorrono subdoli preparando così il terreno, sul quale può forse svilupparsi la cirrosi. Nè ciò è una semplice supposizione, giacchè FREIDERICH, BIERNER, WAGNER, WEIGERT e KLEIN hanno dimostrato la esistenza di lesioni epatiche durante le febbri infettive. Anche gli autori francesi hanno studiato particolarmente le alterazioni del fegato nella scarlattina, nel vajuolo, nella difterite, nel tifo e specialmente nel morbillo; ed in un gran numero di autopsie essi constatarono tutti gli stadii delle alterazioni epatiche, a partire dalla semplice infiltrazione linfatica fino alla cirrosi confermata. — Anche la tubercolosi può essere una causa di cirrosi epatica. Poco ci è noto sulla sifilide ereditaria come causa efficiente della malattia in parola.

La *sintomatologia* differisce ben poco da quella degli adulti. I sintomi iniziali possono essere ritenuti come una semplice congestione. La *prognosi* e il *trattamento* sono *identici* a quelli della cirrosi interstiziale cronica dell'adulto.

In ultimo l'Autore ha compilato una tabella nella quale sono esposti 100 casi di epatite interstiziale, già registrati nella Letteratura, avendo cura soprattutto di riassumere in poche parole le note anatomiche culminanti di ogni caso. È questo un lavoro pregevolissimo su tutti i riguardi, perchè pone sott'occhio il quadro di tutto il materiale clinico ed anatomo-patologico finora esistente su questa malattia. (*Archives of Pediatrics*).

V. MEYER.

BIBLIOGRAFIA

Baginsky A. — Ueber Cholera infantum (*Sul colera infantile*). — Berlin, 1890.

Sotto questo titolo il professore Baginsky (in Berlino) ha pubblicato uno splendido lavoro, frutto di studii e di ricerche proseguite indefessamente per anni, e che è indubbiamente il più completo che oggi la Scienza possiede. Raccomandando caldamente la lettura di questa monografia ai pediatri italiani, perchè la riteniamo come modello da seguire nelle indagini di questo genere, ne descriveremo sommariamente la trama.

L' Autore espone anzitutto la storia delle opinioni che negli ultimi tempi dominarono sulla etiologia del cholera infantum, a partire da quella di Virchow ed altri fino alle ricerche praticate da Langstaff, Ballard, Vacher, Turner, Miller, Haven, Seibert, ed altri per accertare fino a qual punto le influenze meteorologiche potessero influire sulla comparsa del cholera infantum. Accenna alle indagini fatte per constatare, se ed in qual modo il forte calore possa alterare il latte ed altri alimenti, rendendoli cause efficienti o veicoli del morbo. Dimostra come appunto in base a queste ricerche, che anche egli praticò negli anni scorsi, si era in lui prodotto il convincimento, che sotto l' influenza dell' alta temperatura estiva gli eccitatori della fermentazione (germi) introdotti coll' alimento artificiale potessero produrre nel canale intestinale dei bambini una decomposizione intensa del materiale nutritivo, ed originare così elementi tossici e di azione deleterea. Espresse quindi l' idea che nel primo attacco della gastroenterite acuta probabilmente non si tratta che di un intenso processo di putrefazione nell' intestino. In base a questo concetto, egli negli ultimi tempi ha praticato accurate ricerche batteriologiche e chimiche, avendo per obbiettivo di chiarire quanto più è possibile i punti tuttora oscuri di questo interessantissimo capitolo della Pediatria.

Sono ricerche sperimentali che Baginsky proseguì per anni con grande zelo e scrupolosità, e che riferisce minutamente in quest' articolo, dimostrando che possiede da maestro l' odierna tecnica sperimentale. Le riassumo qui nei limiti che ci sono consentiti dallo spazio di una rivista.

I *batterii* che isolò dalle fecce nel *cholera infantum*, e dei quali ottenne poi *culture pure*, sono i seguenti:

1) Bacterium lactis aerogenes (Escherich) o Bacterium aceticum,
2) Bacterium coli,
2.a) Batterio a sviluppo polimorfo (probabilissimamente identico al bacterium coli),
3) Bacillo bianco fondente la gelatina (fonde la gelatina nel canale dell' infissione),
4) Bacillo bianco fondente la gelatina (fonde la gelatina in superficie. Il canale dell' infissione resta intatto),
5) Proteus,
6) Bacillo verde fluorescente, fondente,
7) Stafilococco bianco fondente,
8) Cocco rotondo che lentamente fonde la gelatina,
9) Cocco giallo che fonde la gelatina,

10) Forma bianca di lievito che nel canale dell' infissione cresce con micelio,

11) Tetracocco,

12) Forma gialla di lievito,

13) Lievito-rosa.

Oltre a ciò, nei casi che non erano cholera infantum nel vero senso della parola, ma diarree estive dispeptiche, constatò quanto segue:

14) Bacillus erythrosporus proteolyticus,

15) Batterio del latte rosso (Hueppe, Grotenfeldt),

16) Un batterio indicato come bacillo tozzo;

17) Un cocco bianco-giallastro fondente la gelatina.

Nei preparati secchi delle fecce furono osservati, ma non coltivati, *spiroceti*.

Sono queste le principali forme di microrganismi rinvenuti dall'Autore. Questi però è convinto che esse non sono tutte. In parecchi casi ne rinvenne accidentalmente delle altre, che nel corso delle ricerche non potettero essere seguite. Ed oltre a ciò si noti che Escherich ha descritto alcune forme di batterii dell' intestino sano, le quali sfuggirono alle osservazioni di Baginsky oppure forse non si presentarono nei suoi casi.

Tenendo presente che — in complesso — non si potette mai constatare un reperto batteriologico *costante*, e che la maggior parte delle forme di batterii constatate appartiene a quel gruppo che viene compreso sotto la denominazione di *saprofiti*, non si può — nello stato presente delle nostre conoscenze — ammettere altro se non che nel *cholera infantum agiscono come fattori etiologici, svariati batterii, che vengono oggi caratterizzati come saprofiti* oppure, bisogna dire che finoggi non si è riuscito a trovare in questa malattia un microrganismo, il quale si presenti costantemente o nella massima parte dei casi, e che perciò possa essere riguardato come il vero fattore etiologico.

Quindi, da tutto ciò scaturisce, che le ricerche batteriologiche finora fatte, confermano le antiche supposizioni cliniche, cioè che il cholera infantum è una malattia prettamente saprogena, dovuta ad eccitatori della putrefazione.

Non pago di questi risultati, l' Autore si è accinto ad un altro còmpito più difficile del primo, cioè di ricercare quali sono le sostanze di azione tossica che vengono prodotte dai batterii saprogeni, giacchè — come è agevole comprendere — i gravi disturbi dell' organismo possono essere spiegati soltanto ammettendo che tali sostanze passino dall' intestino nelle vie sanguigne. Baginsky confessa schiettamente che le lunghe e laboriose ricerche chimiche da lui istituite sul proposito non debbono essere considerate che come il primo anello di una lunga catena, a formare la quale si richiede un lavoro proseguito per anni, e forse per decennii, da una schiera di chimici, fisiologi, batteriologi, biologi competentissimi, incanutiti in queste ricerche, le quali pongono a durissimo cimento il genio e la pazienza dei più diligenti maestri in queste indagini. In fatti, una ricerca completa in questo campo richiede—*strictu rigore*—che venga esaminata sistematicamente la biologia di ciascuno di questi batterii saprogeni, e s' investigasse la sostanza chimica che ciascuno di essi elabora, e poscia si passasse all' esame nel laboratorio onde accertare ciascuna di quelle sostanze quale effetto produca colle inoculazioni agli *animali da esperimento*, ecc. Indi, da questa ricerca analitica si dovrebbe, per serie progressiva, passare a quella sintetica, ed in ultimo fare con la massima esattezza l' analisi chimica di quella sostanza che provviene complessiva-

mente da tutti questi batterii saprogeni, e così accertare in qual modo essa dà quella sindrome fenomenica, che si addimanda il cholera infantum.

Ad ogni modo, dalle pazienti e laboriose ricerche del Baginsky risulta come ben constatato, che nel cholera infantum hanno luogo *intensi processi di putrefazione* nell'intestino, che probabilissimamente si esplicano sotto l'influenza dell'azione complessiva di quelle diverse forme di batterii che si riscontrano nelle fecce. E questi processi raggiungono un'intensità che supera molto quella conseguita nell'esperimento con ciascuno di questi batterii. In questi processi di putrefazioni esplicantisi sotto la azione dei batterii, predomina siffattamente una sostanza, l'*ammoniaca* da doversi ritenere (tenendo presente le sue proprietà tossiche) che essa deve certamente estrinsecare una non lieve influenza nociva in tali contingenze. Inoltre, le ricerche proseguite da Baginsky insieme a Stadthagen condussero al risultato, che l'ammoniaca non è l'unico prodotto della putrefazione che ha luogo sotto l'influenza dei batterii intestinali. In fatti, nelle rispettive fecce emesse di fresco, essi constatarono non soltanto l'*indolo*, ma anche tracce di *fenolo*. Ed in una serie di ricerche fatte col sopra cennato *bacillo bianco fondente la gelatina* (adibito negli esperimenti di putrefazione sulla carne e sul latte) ebbero come primo prodotto un corpo appartenente alle ptomaine, il quale ha per formola $C_7N_{17}NO_2$, e probabilmente è identico a quel composto che Brieger isolò dalla carne di cavallo in putrefazione. E continuando gli esperimenti collo stesso bacillo, si ebbero sostanze *peptonoidi*, dotate di forte azione tossica. Quindi, insieme all'ammoniaca si ebbe una serie di corpi tossici, una parte dei quali è chimicamente ben definita; *e non si andrà errati ammettendo che questi corpi debbano avere un' entità per la patogenesi de' gravi disturbi intestinali.*

Sembra, quindi, come se i *batterii saprogeni* tutte le volte in cui la loro azione non può essere neutralizzata (per circostanze a noi tuttora ignote) *possano dagli albuminoidi dell' alimentazione elaborare corpi peptonoidi tossici, i quali riassorbiti esplicano già un' azione deleterea sull' organismo. E proseguendo ancora la putrefazione, insieme a prodotti basici velenosi* (ptomaine) *si formano altri prodotti della putrefazione, come per es. l' indolo, il fenolo, finchè tutto il processo termina con una considerevole quantità di ammoniaca, e forse anche d'idrogeno solforato. Quanto più intensamente esplicansi i processi di putrefazione sotto l'azione complessiva di molti di questi batterii saprogeni, tanto più rapidamente può aversi la produzione finale di grandissime quantità di ammoniaca. All' azione complessiva delle sostanze elaboratesi e pervenute nelle vie linfatiche e sanguigne si deve attribuire la genesi della sindrome del cholera infantum.*

E con ciò abbiamo abbozzato, nei tratti più culminanti, i risultati di questo lavoro, a base eminentemente sperimentale, che sarà certamente studiato con immenso profitto dai pediatri italiani.

V. Meyer.

Goodhart F. J. — A Guide to the Diseases of Children (*Una guida alle malattie dei bambini*). — Philadelphia, 1889.

Nella elaborazione di questo piccolo ma pregevole manuale, l'Autore, come egli stesso lo dichiara, si è messo da un punto di vista onninamente pratico. Il suo obbiettivo fondamentale è stato di porre nelle mani di tutti i medici generici una « Guida » che li soccorresse nella diagnosi e nella cura delle malattie dei bambini. La « posologia pediatrica » viene tutti i

giorni « stranamente bistrattata » da coloro che ignari delle malattie dei bambini si atteggiano, ciò malgrado, a pediatri « per cui spesso occorre notare, che anche quando non prendano strafalcioni nella diagnosi, scrivono ricette che fanno pietà ». Giustamente l'Autore fa rilevare, che chi non conosce almeno i principii fondamentali della Pediatria non dovrebbe assolutamente accingersi a curare le malattie dei bambini.

Porgere al medico pratico questi principii fondamentali in forma piana, facile, sobria, senza tener conto di tutte le quistioni scientifiche tuttora pendenti, sui singoli capitoli della Pediatria, è stato l'obbiettivo dell'Autore. Ed a ciò è dovuta la splendida accoglienza che questa « *Guida* » ha ricevuta presso i colleghi d'America. L'autore nelle singole sezioni del Manuale tratta brevemente, ma con ammirabile chiarezza, della sindrome fenomenica che presentano le affezioni dei bambini, ed insiste soprattutto sulla cura e sulla posologia pediatrica. Quindi, tutto compreso è « un libro d'oro per la pratica ».

V. Meyer.

Keating John. M. — Ciclopaedia of the diseases of children medical and surgical. (*Enciclopedia Pediatrica medica e chirurgica*). Philadelphia, 1890.

Exempla trahunt. All'esempio dato dalla Germania, che per la prima sotto la direzione di Gerhardt diede a luce quella stupenda Enciclopedia Pediatrica Medico-Chirurgica, che ancora oggi corre per le mani di tutti, l'America fa seguire una nuova Enciclopedia di questo genere, della quale finora sono apparsi soltanto due volumi. Ma, a giudicare da ciò che finora è stato dato a luce, si può inferire che essa se, dal punto di vista scientifico, è inferiore alla consorella tedesca, dal punto di vista pratico può starle alla pari.

Qui non enumereremo per filo e per segno tutti gli argomenti trattati in questi due volumi. Accenneremo soltanto i più culminanti.

Nel primo volume è degno soprattutto di nota la splendida introduzione di Jacobi circa le peculiarità dei processi patologici nell'organismo infantile. L'Anatomia del bambino è trattata da M. Clellon, la Fisiologia da A. Money, il quale dichiara candidamente di aver fatto tesoro soprattutto del rispettivo capitolo nel Trattato di Pediatria di Baginsky. Il dottore Edward Shakespeare ha scritto sulla Batteriologia e sulla sua applicazione alle malattie dei bambini; il dottor Barton Cooke Hirst sulle malattie del feto, il dottor Collins Warren sulla chiusura del dotto arterioso di Botallo, il dottor Parvin sul cefaloematoma, il dottor John Dorning sulla dentizione, il dottor Adams sull'alimentazione dopo il divezzamento, il dottor Yale sull'igiene dei bambini ammalati, il dottor Moore Madden sulla pubertà. Inoltre, sono a menzionare i seguenti interessanti capitoli che leggiamo pure in questo volume sulla difteria (dottore Lewis Smith), sulla vaccinazione (dottor. W. T. Plant), sull'erisipela (Hirschfelder), sulla malaria (dottor Forchheimer), sulla denga (dottor Matas), sulla febbre gialla (dottor Guitéras), sul colera infettivo (dottor E. O. Shakespeare), ecc. Questo volume termina con due monografie: una sui vizii di conformazione e l'altra sulla terapia pediatrica.

Il secondo volume è diviso in cinque parti. Nella prima sono esposte le malattie cutanee in undici capitoli. Come è agevole intendere, l'eczema dei bambini è preso in speciale considerazione. I. E. Atkinson ha scritto un capitolo a parte sulle forme esantematiche sifilitiche. La seconda parte

incomincia con una eccellente monografia di Ashby sulla scrofolosi, nella quale egli tratta l'intimo rapporto fra la scrofolosi e la tubercolosi, che egli però non ha voluto completamente identificarle. A questa monografia ne segue una non meno eccellente di Jacobi sulla *tubercolosi*. A questa seguono eccellenti capitoli sulla rachitide, sullo scorbuto, sul cretinismo, sulle diatesi uriche, e sul diabete mellito. Nella terza parte sono trattate le malattie del tratto respiratorio, fra le quali meritano speciale lode i capitoli sulle affezioni del naso, del cavo naso-faringeo e della laringe. Nella quarta parte sono trattate le malattie cardiache, nella quinta le affezioni della bocca, della lingua e delle mascelle.

In complesso anche questo secondo volume è ricco di contenuto, e merita di essere studiato.

A misura che gli altri volumi verranno a luce, non mancheremo di tenerne informati i lettori dell'Archivio. V. Meyer.

Topai F. — Pediatria chirurgica — Diciotto anni nell' Ospedale Bambino Gesù in Roma. — Roma, 1890.

Il pregevole lavoro, messo recentemente a luce dal distinto collega romano, è il frutto di un lungo, attivo e paziente esercizio spedaliero, e quindi esposto con una competenza ed erudizione che formano veramente i pregi più salienti dell' intero volume.

Tutta la trama dell' opera è distinta in due parti, delle quali la prima è dedicata alla statistica, mentre nella seconda vengono trattati argomenti interessantissimi di patologia e clinica chirurgica pediatrica, di cui alcuni sono di pertinenza della chirurgia ortopedica.

Il vasto materiale clinico messo a disposizione dell' autore nel lungo elasso di 18 anni, è riassunto con sufficiente chiarezza e precisione in quattro appositi quadri statistici, dal primo dei quali risulta quali furono le malattie curate, l' età ed il sesso degl' infermi ed il risultato ottenuto dalla cura; nel 2° sono bellamente esposte le infermità che richiesero l' intervento chirurgico, la qualità dell' operazione, il sesso e l' età degli operati con il risultato ottenuto; nel 3° sono classificate tutte le operazioni praticate, distinte secondo il nome dell' operatore, l' anno in cui furono eseguite e le cause della mortalità; nel 4° infine l' autore, con sagace accorgimento, riassume tutto il movimento dei malati occorso nella sezione chirurgica dal 6 marzo 1872 a tutto l'anno 1889. E gli splendidi risultamenti ottenuti dal Topai nei numerosi atti operativi riflettono principalmente n. 50 resezioni, 20 resezio-disarticolazioni, 84 resezioni articolari, 95 vuotamenti (i più estesi), 23 artrectomie, 13 amputazioni, 164 osteotomie lineari, 12 osteotomie cuneiformi e 37 cistotomie. E tutto ciò con una mortalità abbastanza mite = 13,3 0|0 =, specie in considerazione delle condizioni in cui molti infermi furono ricoverati nell' ospedale e della mortalità generale data dalle statistiche per il periodo di vita che si riferisce ai soggetti che si ebbero in cura.

Dodici ben lunghi capitoli costituiscono poi la 2ª parte, che io chiamerei dottrinale, dell' opera; di questi il 1° tratta estesamente la tubercolosi ossea in generale, mentre, gli altri sei capitoli consecutivi sono consacrati allo studio della tubercolosi dell' articolazione coxo-femorale, vertebrale, del ginocchio, dell' articolazione omero-cubitale, tibio-tarsica e del tarso, non che della spalla e del corpo. L' 8° cap. è poi dedicato alla conoscenza delle tubercolosi locali non articolari, il 9° alla mielo-periostite settica, il 10° al ginocchio valgo e ad altre deformità rachitiche, l' 11° ai piedi torti ed il 12° alla litiasi vescicale.

Se lo spazio e l'indole del nostro periodico lo consentisse, saremmo lieti di prendere in dettagliata disamina ogni singolo cap. di questo stupendo lavoro. Ci terrem paghi nell'affermare solamente che il libro del distinto collega non è un lavoro di redazione o di gretta compilazione, bensì, elaborato su di una ricchissima casuistica personale e coeredato di un lungo esercizio spedaliero e di una fondata esperienza, offre, senza dubbio una impronta originale. E siamo ancora più lieti nel constatare che, pur non perdendo di mira l'unità di concetto, l'autore è riuscito a dare alla sua pubblicazione un' indirizzo prevalentemente pratico, non senza discutere, e talvolta ancorà più del dovere, alcune questioni palpitanti della scienza, nelle quali il Topai si mostra all' altezza degli odierni progressi delle dottrine chirurgiche.

Facciamo voti perchè fra non guari l'autore adempia la promessa di trattare altri argomenti con l'eguale indirizzo. G. Somma.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

PRIMO CONGRESSO PEDIATRICO ITALIANO

nei giorni 16, 17 e 18 Ottobre 1890.

Sede del Congresso: la Regia Università di Roma

PROGRAMMA DEI LAVORI DEL CONGRESSO

RELAZIONI

I. — **Intubazione della laringe nel crup.** — Relatori: prof. Massei di Napoli e Dott. Egidi di Roma.

Egidi. — *Storia del cateterismo laringeo; origine della intubazione, vantaggi del metodo e dei tubi; pericoli dell'intubazione; tecnica dell'operazione; statistica italiana.*

Massei. — *Della indicazione dell'intubazione; parallelo tra tracheotomia ed intubazione.*

II. — **Anemia splenica infettiva nei bambini.** — Relatori: prof. Fede e Somma di Napoli.

Somma. — *Storia, clinica e terapia dell' anemia splenica infantile.*

Fede. — *Etiologia, patogenesi ed anatomia patologica dell' anemia splenica infantile.*

III. — **Mughetto endemico nei Brefotrofi.** — Relatori: Dott. Blasi di Roma e Dott. Berti di Bologna.

Berti. — *Del mughetto dei Brefotrofî considerato clinicamente.*

Blasi. — *Della riforma materiale dei Brefotrofî quale unico mezzo profilattico contro il mughetto endemico.*

IV. — **Sopra questioni legate strettamente ai progressi della Pediatria in Italia.** — Relatori: Dott. Bianchi e Dott. Guidi di Firenze.

Bianchi. — *Delle Cliniche pediatriche.*

Guidi. — *Degli Ospedali pediatrici.*

COMUNICAZIONI

MUSATTI C. (Venezia) — *Sulla necessità di curare le malattie scrofolose e tubercolari unicamente in Ospedali marini.*

GUIDI G. (Firenze)—*Pseudo-pertosse: importanza diagnostica in rapporto alle indicazioni terapeutiche.*

BERTI G. (Bologna) — *Sulla quantità fisiologica quotidiana dell'orina del neonato.*

NASI A. (Bologna)—*Cura cosidetta delle acque in Pediatria.*

CANALI L. (Parma) — *Nuove osservazioni cliniche sulla cura del rachitismo col fosforo.*

IDEM—*Contributo alla etiologia della nefrite acuta nei bambini.*

CONCETTI L. (Roma) — *Sulla cura della difterite.*

RACCHI G. (Napoli) — *Ricerche batteriologiche sulla diarrea verde nei bambini.*

IDEM—*Una rara osservazione di encefalite acuta con fatti coreici della testa, della lingua e dell'arto superiore sinistro in un bambino a dieci mesi.*

TEDESCHI V. (Trieste)—*Critica dei metodi di preparazione del vaccino animale.*

RINONAPOLI E. (Collarmele) — *Misura del capo nei lattanti e sue applicazioni cliniche — Saggio semejologico.*

CELONI P. (Firenze)—*Del morbillo e della roseola epidemica.*

GUELMI A. (Pavia)- *Sulla sifilide da allattamento e sua profilassi.*

IDEM — *Sull'enterite coleriforme dei lattanti e sua cura.*

SARRA R. (Matera)—*L'ascite acuta nei bambini.*

FRANCO D. (Napoli)—*L'ipertermia in affezioni non infettive dei bambini.*

CUOMO A. (Napoli) — *Idrocefalo cronico e rachitismo cranico considerati dal lato clinico ed ottalmoscopico.*

BOETTI G. (Torino)—*Movimento statistico dell'Ospizio Esposti di Torino nell'ultimo decennio.*

IDEM—*Sulla utilità delle acque madri di Salsomaggiore nelle malattie infantili.*

NOTA A. (Torino)—*Osservazioni di Ortopedia.*

IDEM—*Dell'estrofia della vescica e sua cura.*

POSTEMPSKI P. (Roma). — *Intervento chirurgico nella tubercolosi ossea ed articolare nell'infanzia.*

IDEM—*Cura chirurgica nelle deformità rachitiche e paralitiche delle estremità inferiori nei bambini.*

SCELLINGO M. (Roma)—*Sulla profilassi della cecità nei neonati.*

EGIDI F. (Roma)—*Progetto di padiglioni per cruposi.*

EGIDI F. (Roma) — *La difteria dei polli comunicata all'uomo.*

FEDE F. (Napoli)—*Sulla produzione sottolinguale nell'infanzia.*

LELLI A. (Roma)—*Del valore terapeutico del cloruro di bario nella scrofolosi e specialmente nelle sue manifestazioni entero-mesenteriche.*

D'AMBROSIO A. (Napoli)—*Sul piede torto varo-equino nei bambini.*

BACULO B. (Napoli) — *Paralisi infantile e disturbi funzionali di deambulazione.*

BÀCULO B. — *Contribuzione alla dottrina delle localizzazioni cerebrali e della epilessia Jacksoniana.*

IDEM — *Una forma rara d'idrocefalo cronico.*

IDEM — *Le iniezioni intraparenchimali della milza nei bambini.*

IDEM — *Contributo al nosografismo dell'ileo-tifo nei bimbi.*

COZZOLINO V. (Napoli) — *La profilassi delle malattie auricolari quoad functionem et quoad vitam dal neonato all'adolescente.*

IDEM — *Conclusioni sulla igiene pubblica, privata e personale nella difteria, con speciale riguardo al bambino ed allo adolescente.*

IDEM — *Conclusioni terapico-cliniche sulla curabilità della difteria e vere indicazioni curative di questa classica lesione locale microbica, che prontamente diviene tossi-infezione.*

GIARRÈ C. (Firenze) — *Cefalo-ematoma spontaneo.*

TITOMANLIO A. (Napoli) — *Sull' aumentata frequenza della sifilide congenita nel Brefotrofio dell' Annunziata di Napoli in rapporto colla nuova legge di polizia dei costumi.*

IDEM — *Sopra alcuni casi di paralisi infantile da sifilide congenita.*

BIANCHI A. (Firenze) — *Sulle applicazioni dell' ascoltazione stetoscopica comparata e della percussione in Pediatria.*

FELICI F. (Roma) — *Il calomelano nella diărrea dei bambini lattanti.*

IDEM — *Irrigazioni preventive nel mughetto.*

VINCENTI C. (Milano) — *Sopra una cura razionale e sempre possibile nelle distrofie e discrasie infantili.*

PAVONE C. (Napoli) — *Sulle feci verdi dei bambini.*

IDEM — *Contributo alla pseudo-leucemia splenica.*

IDEM — *Sulla paralisi pseudo-ipertrofica infantile.*

BOSISIO A. (Latisana) — *Il baliatico mercenario qual causa frequente della mortalità dei bambini.*

IDEM — *L' influenza nei bambini.*

FORTUNATO A. (Colobraro) — *Un nuovo processo operatorio di tracheotomia e corrispondente apparecchio istrumentale.*

GALANTI L. (Roma) — *Ospizî-scuole pei rachitici nelle città popolate.*

IDEM — *Trattamento più semplice della pertosse colle fumigazioni di solfo.*

IDEM — *Inalazioni di ossigeno nell' atelectasia polmonale congenita.*

RUSSO C. (Napoli) — *Sulla cura della difteria.*

STAMPA U. (Roma) — *Erisipela migrante flemmonosa in un neonato.*

IDEM — *Dell' idro-elettro-terapia in alcune malattie dell' infanzia.*

PALAZZOLO L. (Partinico) — *Efficacia del bisolfato di chinina applicato, in forma di pomata, sulla pelle intatta, nella cura delle febbri malariche dei bambini.*

IDEM — *Sull' attuale epidemia scarlattinosa in Partinico.*

Cervesato D. (Padova) — *Dei riflessi tendinei nella infanzia e nella puerizia.*

Idem — *Dell'uso dei peptoni freschi in alcune malattie infantili.*

De Bonis T. (Napoli) — *Sulla scrofolosi e tubercolosi.*

Idem -- *Osservazioni di ematuria parosistica.*

Idem — *Sulle enteriti dei bambini.*

Idem — *Osservazioni sul rachitismo.*

Guaita R. (Milano) — *Di una non rara causa di morte imprevvista nei bambini.*

Guida T. (Napoli) — *Un nuovo metodo di esame del latte umano mercè un cito-galattometro.*

Idem — *Della diagnosi differenziale fra diverse forme morbose del sangue (Leucemia, Pseudo-leucemia ed Anemia splenica infettiva dei bambini).*

Durante D. (Napoli) — *Sifilide ereditaria - Considerazioni diagnostiche.*

Idem — *Microrganismi del latte.*

Fede N. (Napoli) — *Contribuzione clinica alla terapia ed alla patogenesi del l'idrocefalo, ed al tumore di milza nel rachitismo.*

NORME PEL CONGRESSO

1. Il Comitato promotore avrà di necessità tutte le attribuzioni, niuna esclusa, per la organizzazione del I. Congresso, e cesserà di funzionare immediatamente dopo la nomina del Seggio presidenziale, del Segretario e del Cassiere, che saranno eletti a schede segrete dagl' intervenuti; subito dopo la inaugurazione di detto Congresso.

2. Tutti i medici italiani potranno prender parte al Congresso, mandando la loro richiesta, insieme alla tassa d'iscrizione, al Dottor G. Somma (*Piazza Donnaregina n. 4, Napoli*). Ad essi viene conferito il diritto di prender parte alle discussioni.

3. La prima seduta avrà luogo alle ore 9 ant. del giorno di Giovedì, 16 ottobre, e si aprirà con un breve discorso inaugurale del Dott. G. Somma. Vi saranno sedute mattinali e vespertine per la lettura e discussione delle relazioni, delle comunicazioni e dimostrazioni attinenti alla Specialità. Solo nelle sedute vespertine potranno essere trattati argomenti estranei al Congresso concernenti gl'interessi professionali.

4. Sia nelle sedute antimeridiane che in quelle pomeridiane i lavori da presentare verranno distribuiti e segnati all' ordine del giorno che sarà stabilito dal Presidente, il quale potrà anche portarvi, seduta stante, tutte quelle modificazioni che le circostanze potessero richiedere. Non saranno accettate le comunicazioni presentate durante il Congresso; come pure non ne sarà ammessa la lettura se non presente l' autore.

5. Ogni relatore, per lo svolgimento del suo lavoro non potrà disporre più di *mezz' ora*, e *20 minuti* sono accordati per la lettura delle altre comunicazioni. *Dieci minuti* saranno poi concessi, una volta soltanto, a chiunque prenderà parte alla discussione. Eccezionalmente, però, può il Presidente accordare la parola una seconda volta per fatti personali o per necessità di schiarimenti. L'autore della comunicazione, esaurita la discussione, può in ultimo avere la parola per uno spazio di tempo non maggiore di *dieci minuti*.

6. Il manoscritto di ogni singola relazione o comunicazione, esaurita la discussione, verrà consegnato al Segretario della Presidenza per farlo inserire negli Atti a stampa del Congresso, e, qualora ne fosse il caso, anche nell' « *Archivio Italiano di Pediatria* ». Del pari, tanto i relatori quanto i membri che prenderanno parte alla discussione, dovranno presentare al Segretario medesimo, al termine della seduta, una nota scritta contenente le osservazioni verbalmente fatte nel corso della discussione.

7. In una delle sedute pomeridiane, a proposta del Presidente, verrà stabilita la città e l'epoca in cui dovrà aver luogo il II. Congresso. Verrà egualmente nominato il Comitato ordinatore del medesimo, non che il compilatore degli Atti del 1° Congresso.

8. La tassa d'iscrizione al Congresso è fissata a Lire *dieci* per ciascun membro. Il pagamento potrà essere versato direttamente al Dott. Somma (*Napoli*) fino al 10 ottobre del corrente anno. Con esso si ha diritto alla tessera di riconoscimento, alle carte per le riduzioni ferroviarie o per i vapori marittimi, non che ad una copia in dono degli atti del Congresso.

9. Per accedere alla sala delle riunioni è indispensabile fare apporre sulla tessera il visto dall' Ufficio di Segreteria del Congresso in Roma e pagare la tassa d'iscrizione, qualora dai registri risulti che la stessa non venne soddisfatta in anticipazione. Del pari, innanzi la seduta pomeridiana dell'ultimo giorno, ogni congressista avrà cura di far certificare il suo intervento al Congresso sulla carta ferroviaria per poter effettuire il viaggio di ritorno col noto ribasso.

Roma, settembre 1890.

Il Comitato ordinatore
Pio Blasi
Luigi Concetti
Giuseppe Somma.

Sopra una cura razionale e possibile nelle distrofie e discrasie infantili. — L' egregio collega Dott. Camillo Vincenti, ultimando e completando lo studio di altri illustri medici sull'azione terapeutica del catrame e della catramina, sta ora attendendo alla compilazione d'una memoria sulla « Cura razionale e sempre possibile nelle distrofie e discrasie dei bambini » basata appunto sul pratico criterio d' un trattamento col catrame associato all' olio di fegato di merluzzo.

Aiutato nelle sue esperienze dai Dottori Regnoli, Baldi, D'Adda, Randi, Arcangeli ed altri, raccoglie gli ultimi dati necessarii, risultanti dalle esperienze di questi egregi colleghi, e presenterà poi il lavoro al 1° Congresso Pediatrico, nel quale verrà preso in esame.

È innegabile che tale studio, se accurato e diligente, quale ce lo at-

tendiamo dalla nota capacità del Dott. VINCENTI avvantaggerà molto la conoscenza terapica delle tre grandi discrasie infantili; l' anemia, la scrofola, e il rachitismo, sopra cui regnano ancora molte incertezze e difficoltà. Incertezze, come sarebbe per esempio, secondo le teorie del VEILLARD, l' esclusione assoluta dei ferruginosi nell' anemia dell' infanzia, da altri invece largamente ammessa; difficoltà, quali sarebbero il trattamento locale della scrofola, suggerito da HUETER — splendido e razionalissimo metodo — ma non sempre possibile e quasi sempre impossibile nell'esercizio della condotta.

Ora, dopo gli studii dei Professori SORMANI, CASATI, FRANZOLINI, BERRUTI e altri, avendo la catramina preso stabile e privilegiato posto nella terapeutica, ed essendo note le risultanze di esperienze anteriori che si riducono a queste: somma efficacia della catramina nelle affezioni dell' apparato respiratorio; azione corroborante generale; azione neutralizzante del virus tubercolare; lo studio del Dott. VINCENTI sarà il ben venuto, se potrà metterci in rilievo le altre qualità della catramina associata all'olio di fegato di merluzzo, e ne conseguirà a seconda dei risultati che saranno per ottenersi (e sembrano, fin d' ora, eccellenti) un più sicuro indirizzo sulla terapia delle menzionate discrasie: sarà cioè definito se al catrame o al ferro debbasi il primato della cura.

E staremo pure a vedere se la preparazione oleo-catramosa, detta pure Pitiecor dal suo autore Dott. BERTELLI, potrà come la sua catramina, acquistarsi presto la intera fiducia del pratico: questo, ad ogni modo, è il nostro augurio.

Necrologio. — MASSIMILIANO HERZ, docente in Pediatria nella I. R. Università di Vienna e collaboratore del nostro « *Archivio* » non è più!!....

Alla infausta nuova non sappiamo se in noi fu maggiore il cordoglio o lo sconforto per la perdita irreparabile.

Nel rendere un ultimo, ma sincero e doveroso omaggio alle peregrine doti di mente e di cuore ed agli alti meriti del caro estinto, cediamo la parola al Dott. GALATTI che più di tutti, ebbe personalmente ad ammirare le virtù dell' esimio collega assai presto rapito alla Scienza ed alla Umanità.

Indimenticabile amico ed egregio collega, quanto presto ci sei stato rapito da un' inesorabile destino! quanti rimpiangono amaramente la tua prematura morte! Tu, che eri sempre prodigo di affettuose cure ai poveri e ricchi che a te chiedevano soccorso, tu che eri sincero ed amabile verso i colleghi che ti stimavano e rispettavano come meritavi, concedi oggi a me, fra i tanti che ebbero la felicità di conoscerti, l' ingrato còmpito di rendere alle tue ceneri benedette questo mio ultimo tributo.

MASSIMILIANO HERZ nacque a Kreuzberg in Boemia nel dì 5 luglio 1837. Studiò il ginnasio a Vienna ove pure compì i suoi studii universitarii in medicina. Fin dal momento che conseguì la laurea del Dottorato (1860), intese una speciale inclinazione allo studio delle malattie dei bambini, ragione per cui per parecchi anni rimase, in qualità di medico secondario nell' Ospizio dei Trovatelli di Vienna. In questo grandioso Stabilimento egli ebbe occasione di dedicarsi agli studii pediatrici e soprattutto alle malattie dei neonati. Più tardi, coltivando più specialmente la pratica pediatrica, non trascurò di dare a luce, di tempo in tempo, lavori pregevolissimi, che non poco contribuirono allo sviluppo della nostra disciplina. La maggior parte di questi furono pubblicati nell' « *Archiv für Kinder-*

heilkunde » di cui per lunghi anni e fino alla sua morte egli fu solerte redattore. Scrisse del pari moltissimi riassunti e critiche di libri pediatrici, non che diversi lavoretti di medicina popolare, ed elaborò, assieme al FLEISCHMANN, il compendio sulle malattie dei bambini del Prof. STEINER. In virtù delle sue molteplici pubblicazioni, egli, al cominciamento di questo decennio, chiese ed ottenne la libera docenza in Pediatria dopo aver subito gli esami, fra i quali vi fu la pubblica lezione *sulla terapia dell'intususcezione intestinale nell'età infantile, con speciale riguardo alla laparotomia.*

E nella qualità di libero docente egli fu ammesso alla Policlinica di Vienna, ove teneva i suoi corsi pediatrici, e dove ebbi la fortuna di apprezzare i meriti dell'estinto, coadjuvandolo come assistente nell'Ambulatorio. Con quanto affetto egli esaminava i piccoli infermi, richiamando l'attenzione dei giovani medici su tutte le particolarità delle singole malattie! I suoi corsi erano frequentati da gran numero di medici esteri e da studenti. Tutti lo amavano, tutti lo stimavano e rispettavano. Ma, sventuratamente, fin dal 1885, egli cominciò ad avvertire l'inizio del male che inesorabilmente doveva poi portarlo alla tomba. A nulla valsero le cure fatte a Carlsbad per due o tre anni di seguito, nè l'assistenza affettuosa a lui prodigata dalla sua cara consorte; il male progredì con replicate alternative di miglioria e di peggioramento, senza che l'infaticabile professore avesse mai lasciato l'insegnamento alla Policlinica e l'assistenza ai tanti bambini nelle famiglie private per quanto le depreziate sue forze lo permettevano. Ciò valse, senza dubbio, ad affrettare la catastrofe e la cirrosi epatica nel dì 14 luglio lo trasse miseramente nel sepolcro a 57 anni appena, in mezzo al compianto dei colleghi, degli amici e di tante sventurate famiglie.

Dormi ora in pace o caro estinto, e ti sia lieve la terra che covre la tua spoglia! La tua vita intemerata e laboriosa sarà certamente di nobile esempio a chi ti segue nell'ardua carriera!

Dott. DEMETRIO GALATTI.

PUBBLICAZIONI DEL DOTT. M. HERZ.

1. Sulla gangrena delle parti molli nella prima infanzia.
2. Osservazioni sulla coriza in lattanti affetti da sifilide.
3. Due casi d'invaginazione intestinale nei bambini.
4. Sulla periostite acuta ed osteite nella prima infanzia.
5. Contribuzione alla casuistica della degenerazione adiposa acuta dei neonati.
6. Osservazioni sull'ultima epidemia di difterite in Vienna.
7. Sulla faringite cronica e linfadenite retro-faringeale nei bambini.
8. Sulla nutrizione artificiale nella prima infanzia secondo BIEDERT.
9. La nuova terapia della difterite.
10. Sull'emiatrofia facciale progressiva con descrizione di un caso relativo.
11. Sull'isterismo nei bambini.
12. Sifilide ereditaria o rachitide congenita?
13. Alcune affezioni nervose nei bambini.
14. Sulle quantità giornaliere di urine nei bambini e relative anomalie.
15. Sulla tubercolosi nell'età infantile. Sintomatologia, diagnosi e terapia.

XIX. Settembre 1884—Questa data memorabile, che segna una pagina ben triste nella Storia della Pediatria italiana, schiuse l'alba ad una

era novella per la quale la figura di Luigi Somma mai più scomparirà dal cospetto delle future generazioni.

Lode pertanto sia resa a quanti, con i loro nobili e generosi sforzi, contribuirono ad eternare la sua venerata memoria e che ancora oggi si uniscono a noi per deporre sulla sua tomba questo modesto fiore nella ricorrenza del 6.° anniversario della sua dipartita.

Nuovo Giornale. — Col 1.° luglio del corrente anno ha vista la luce in Barcellona la « *Revista de Enfermedades de la Infancia* » fondata e diretta dal nostro distinto collega D. Jaime Guerra. Si occupa esclusivamente di lavori scientifici di pertinenza della Medicina, Chirurgia, Igiene ed Ortopedia infantile e si pubblica una volta al mese a fascicoli separati di pag. 24 al prezzo di lire 5 all'anno per la Spagna, e lire 7 per l'Estero. Alla nostra giovane consorella i nostri più lieti angurii di prosperità e vita lunga ed un bravo di cuore al suo distinto direttore, che proseguendo nella difficile impresa, renderà omaggio alla Scienza e bene alla Umanità.

Errata-Corrige. — Nella lettera del Dott. Guidi, pubblicata a pag. 194 del precedente fascicolo, incorsero alcuni errori tipografici per ragioni indipendenti dalla nostra volontà. Ci facciamo il dovere di enumerarli, acciò i lettori vi apportino tutte le debite correzioni.

Pag. 195, verso 17 — nella mia *meccanica*, leggi: memoria.
» » 21 — *quando* alla seconda, leggi: quanto.
» » 28 — *quando* all'aria, leggi :quanto.
» » 37 — si manifestano *come*, leggi: si manifestano: che il latte.
» » 36 — *vada* più, leggi va più.
» » 45 — *Quando* alla cannula, leggi: quanto
Pag. 197 verso 2 — sostituisce l'artifizio, leggi: sostituisco natura.

Onorificenza. — Siamo ben lieti di pubblicare che, su proposta di S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, al solerte nostro collaboratore Dott. Germano Guidi venne conferita la nomina di Cav. della Corona d'Italia per i suoi lavori pubblicati nel campo dolla specialità Pediatrica. Si abbia l'egregio collega i nostri sinceri congratulamenti.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Difteria

Acido salicilico. . . . . . . gram. 1,90
Glicerina. . . . . » 60,00
Acqua di calce. . . . . . . » 240,00

mib. Per polverizzazioni ogni 3 o 4 ore — più:

Acido fenico . . . . gocce 8,00
Solfato di ferro in soluzione . . gram. 9,50
Glicerina. . . . . » 30,00

mib. per pennellazioni ogni sei ore.

Internamente: percloruro di ferro e clorato di potassa.

Narvood.

Difteria

Clorato di potassa	gram.	15,00
Tintura di mirra	»	45,00
Acido fenico.	gocce	16,00
Mele depurato	gram.	60,00
Acqua distillata	»	120,00

mib. Da somministrarne 15 gocce ogni 1|2 ora giorno e notte.

HOWDLEY.

Difteria a forma prolungata

Polvere di jodoformio.	gram.	5,00
Saccarato di calce.	»	10,00
Cocaina	»	00,21
Canfora	»	1,00

mib. Da farne una insufflazione ogni 5 ore.

HERRERA.

Diarrea dei bambini

Naftol	gram.	0,05
Acqua	»	250,00

mib. Da somministrarne due a tre cucchiai da caffè ogni ora.

HENRY.

Solfato di ferro	gram.	0,06
Salicilato di soda	»	0,06
Glicerina	»	12,00
Acqua distillata	»	78,00

mib. Da somministrarla a cucchiaini da caffè ogni una, due o tre ore.

BRAITHWAICHE.

Pertosse

Cloroformio.	gocce	10 a 30
Sciroppo di gomma.	gram.	60,00

mib. Da propinarne tutta la quantità in due o tre volte durante il corso del giorno.

ROGER.

Soluzione normale di uabaina .	gocce	48,00
Acqua	gram.	170,00
Sciroppo	»	20,00

mib. Da somministrarne un cucchiajo da zuppa ogni 3 ore.

GEMMEL.

Bronchite capillare

Giulebbe gommoso	gram.	100,00
Alcoolatura di radice di aconito .	gocce	15,00
Acetato di ammoniaca	gram.	1,00
Sciroppo di codeina.	»	5-15,00

mib. Da somministrarne un cucchiarino da caffè ogni ora.

SIMON.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

SUL POSTO DA ASSEGNARE ALLA VARICELLA NELLA CLASSIFICAZIONE

per il prof. C. HENNIG (1).

Qui non intendo decidere la quistione se la varicella effettivamente si distingua dal vajuolo e dalla vajuoloide. Intendo soltanto di apportare un contributo per risolvere la quistione: fino a qual punto è giustificata la teoria di appartarsi dall' opinione di HEBRA, il quale—come è noto — inserì la varicella nell'àmbito del vajuolo genuino.

E qui mi affretto subito a dichiarare, che mi trovo in contraddizione con la maggior parte dei sistematici odierni, giacchè ritengo che la varicella sia un vajuolo attenuato, affievolito, ma un vajuolo nel vero senso della parola.

Dirò le prove che militano a favore di questa mia opinione.

Per lo passato ho molte volte osservato (e l' ho fatto anche osservare ai miei scolari) il fatto che in una famiglia scoppia la varicella, ed i singoli membri ne vengono affetti ad intervalli di 8-16 giorni; quelli più di recente colpiti ne soffrono più gravemente, ed hanno le più copiose efflorescenze, e la febbre raggiunge i gradi più alti. In essi, fra le solite vesciche piccole fra i capelli, sulla faccia, nonchè sul dorso, sulle natiche, sull'inguine, risaltano pure di quelle notevolmente *più grosse*, tondeggianti oppure oblunghe, fino ad un centim. di diametro, non acuminate, ma *ombelicate.*

HEBRA ha dimostrato, che l'ombelico delle pustole vajuolose genuine si produce come segue: l'epidermide alterata mercè l'essudato denso e piuttosto fibrinoso, e per lo più anche da uno o molti piccoli peli, non si solleva dal centro dell'efflorescenza, ma si rigonfia più fortemente al margine mercè una *poussé* sierosa.

Nella varicella il processo di essudazione si verifica più rapidamente e più tumultuariamente.

La varicella viene facilmente scambiata colle eruzioni dello *strophulus* dei bambini in cui spuntano i denti, specie allorchè quest' ultimo scoppia abbondante in un bambino da vaccinare. Lo

(1) Traduzione del dott. V. MEYER.

strophulus distinguesi dalla varicella non pure perchè non contagioso, ma eziandio perchè, pungendo cautamente quest' ultima, viene fuori un siero incolore , mentre ripetendo questo stesso processo collo strophulus si dà sempre esito ad un liquido sanguinolento.

La varicella condivide col vajuolo genuino la proprietà di attaccare le mucose , e , anche senza originare pustole in vita , cagionare gravi angine.

La natura della varicella risulta in modo chiarissimo da una relazione di un medico inglese , che molti anni or sono sbarcò sulla costa della Neuholland. Da questo rapporto si possono utilizzare i dati fondamentali, per desumere quale posto spetti alla varicella nella classificazione.

Il legno su cui viaggiò quel medico conteneva vajuolosi. Un uomo che importò il virus entrò in relazione con la famiglia di un giardiniere di quell'isola. In questa famiglia scoppiò a tempo regolare la varioloide (conseguenza del virus vajuoloso importato). Questa famiglia costituì il centro di una piccola epidemia, non già di *vaiuoloide, o di vaiuolo umano genuino, sibbene di varicella*. Quest'epidemia dopo qualche tempo cessò.

Su tutta l'isola, nè prima nè dopo lo sbarco di quel bastimento, vi fu mai un esantema cutaneo vaiuoliforme.

Questo stesso medico riferisce , che nella Neuholland la vaccinazione preventiva, profilattica, non suole attecchire (1).

L'immunità che havvi nella Neuholland contro le epidemie vajuoliformi io l'attribuisco alla quantità di ozono dell'aria marina (che n' è ricca), la quale distrugge il virus vajuoloso. La Neuholland è largamente inondata di quest'aria marina. Inoltre, vi contribuisce forse la ricca vegetazione di eucalyptus ivi esistente.

Che se si vuole cercare di sostenere a qualsiasi costo il carattere specifico della varicella, affermando che la vaccinazione non tutela dalla varicella, si tenga pur presente l' osservazione fatta da HEBRA, il quale vide un individuo che nella sua infanzia era stato vaccinato regolarmente e con ottimo successo, e ciò malgrado più tardi ebbe consecutivamente *tre abbondanti eruzioni vajuolose*.

D'altra parte, io ed il mio ex assistente, il dottor A. LANGBEIN in Lipsia, abbiamo osservato due donne gravide, affette da varicella. I loro bambini subito dopo la nascita furono attaccati da

(1) Nel continente australiano il vajuolo umano fu importato verso la fine del secolo 18°. Nella terra di van Diemen, nella Neu-Seeland e nella massima parte della Polinesia australiana, la malattia fino a poco tempo fa era ignota (BOHN).

vajuolo genuino, senza che fossero stati a contatto con altri vajuolosi (1).

Mi si è altre volte obbiettato, che in questi casi non trattavasi di varicella come tale, sibbene di « variola o variolois con piccolissime efflorescenze ». Allora io prego dirmi: quale è la differenza fra una tale *variola minima* e la varicella?

Ho voluto pubblicare questo articolo nel Giornale del mio pregevole amico, del dottor SOMMA, per invitare i pediatri d'Italia a dire la loro opinione sul proposito, a far conoscere se ivi si presentino modificazioni della varicella o del vajuolo, in altri termini di apportare il contingente delle loro osservazioni per projettare più luce su tale quistione. In fatti, quale nome debbo dare io ad una varicella, che sullo stesso individuo fa spuntare larghe pustole ombelicate che suppurano per lungo tempo, *senza* che nella stessa regione infierisca il vajuolo genuino? Ed i parenti dell'infermo vengono attaccati da varicella genuina senza larghe pustole?

Esempio: al 21 novembre del 1889, un bambino di 6 anni, H. H. importò dalla scuola la varicella a casa. La varicella decorse senza complicanze. Al 12 dicembre fu contagiata una sorellina di 5 mesi (i poppanti talvolta vengono colpiti dal morbillo anche 14 giorni dopo il contagio). Questa presentò minor numero di pustole, le quali però erano larghe 5-6 mm., lunghe 7-9 mm., e risiedevano specialmente sulla grande fontanella, fronte, naso, orecchie, occhi, inguine, superficie posteriore delle coscie; di più piccole ve ne erano sul naso, nella bocca, fin sul palato. Delle grosse pustole ombelicate alcune suppurarono, di guisa che a partire dal 23 dicembre dovetti spalmarle con olio fenicato.

Al 17 dicembre nella *nutrice* della bambina apparve un contagio locale in forma di molte vescicole semi-purulente, specie intorno al capezzolo a sinistra; al 18 dicembre fu attaccato il *padre* della bimba, la quale qualche volta egli sollevava colla mano sinistra; apparvero pustole ombelicate sul lato flessorio della coscia; sul lato estensorio radiale della mano sinistra eranvi tre efflorescenze. Anche quest'esempio dimostra, che a torto si è seguita la possibilità che gli adulti vengano colpiti dalla varicella. Su tale proposito, il dottor LANGBEIN, dietro mia speciale domanda,

---

(1) STEINER, così precocemente rapito alla Scienza, vide in Praga (*Compendium, pag. 390*) prodursi il vajuolo mercè contatti con bambini varicellosi, e dal vajuolo furono colpiti così i bambini vaccinati come quelli non vaccinati; e viceversa. BOLZE (*Archiv für Dermatologie, 1, 2*) osservò quanto segue: un bambino di 9 anni fu colpito da varicella; la sorella che trovavasi a gravidanza innoltrata restò immune; 18 giorni dopo la guarigione del fratello, essa diede a luce un bambino con incipiente vajuolo, che muore nell'acme della suppurazione.

mi scrive che nella epidemia di vajuolo che infieri nella Baviera nel 1871, ha trovato segnato 5 casi di varicella in adulti:

1) Giovanetta di 15 anni: 18[4 1871
2) Donna di 20 anni: 23[3 1871
3) Uomo di 46 anni: 9[3 1871
4) Donna di 51 anno: 7[4 1871
5) Donna di 57 anni: 25[2 1871

Queste cinque persone erano già state una volta vaccinate.

In ultimo si potrebbe anche richiamare l'attenzione sulla storia del vaiuolo. È impossibile che una malattia cutanea, la quale si distingue per l'eruzione, per l' alto grado della febbre iniziale, (il che si ha pure in alcuni casi di varicella) e per il contagio da uomo a uomo, fosse sfuggita all'attenzione dei medici della Europa centrale. Tuttochè non sia ben noto quando il vaiuolo irruppe nell' Europa occidentale, è certo che questa malattia s'è propagata dalla parte sud-est di questa regione, e che probabilmente verso la fine del sesto secolo dall' Italia e dalla Francia pervenne alle frontiere della Germania. Nel secolo 12° fu contemporaneamente dalla via di Danimarca importato in Germania. Anche la varicella si è avanzata dal sud verso l'Europa centrale non prima del secolo 15°; e già fin d'allora fu riguardata e curata come una sorella spuria del vajuolo.

Dott. R. GUAITA

Direttore medico dello Spedale dei Bambini di Milano.

DI UNA NON RARA CAUSA DI MORTE IMPREVISTA NEI BAMBINI.

Comunicazione fatta al primo Congresso pediatrico italiano in Roma nell'ottobre 1890.

« I trattati delle malattie dei bambini si mostrano generalmente
« parchi allora quando hanno ad esporre il capitolo spettante alla
« malattia di Bright nella prima età; e gli Archivi clinici dei diffe-
« renti paesi, ricchi abitualmente di osservazioni relative alle di-
« verse forme cliniche di quest'affezione negli adulti, sono in gene-
« rale poveri allorchè trattasi della infanzia; di maniera che sembre-
« rebbe a prima giunta che il male di Bright, e sopratutto la ne-
« frite parenchimatosa, sia abbastanza rara nei bambini e che la

« sua esistenza, nell' un caso o nell'altro, non fosse indicata se non « per costituire una curiosità clinica nel quadro della patologia in- « fantile, mentre ben differente n' è la espressione dell'osservazione « clinica minuziosa ed attenta; e, per ciò che io ho constatato nella « mia pratica infantile, posso eziandio dichiarare che la nefrite « parenchimale nei bambini sia relativamente frequente ».

« Io ho raccolti molti fatti nella mia carriera pratica; ma, fra « questi, due specialmente meritano una menzione particolare in ri- « guardo alle differenti particolarità relative allo sviluppo della ma- « lattia ed al suo trattamento, particolarità che non mancano af- « fatto di offrire qualche interesse dal punto di vista clinico ».

« Questi due fatti si riferiscono: il primo ad una fanciulla di 6 « anni ed il secondo ad un piccolo bambino di due anni e mezzo; « in amendue gli infermi i primi fenomeni indicatori del processo « morboso renale si mostrarono nel corso di una eruzione impetigi- « nosa intensa e più o meno generalizzata, che disturbò per con- « seguenza più o meno profondamente le funzioni di depurazione « del tegumento cutaneo. Una volta dichiarati i primi fenomeni « sintomatologici, consistenti nei disturbi qualitativi e quantitativi « delle orine e con edema della faccia e dei piedi, etc., la dermo- « patia cominciò a decrescere sensibilmente; e, a norma che questa « si attenuava, i fenomeni morbosi, indicatori del processo nefri- « tico, divenivano più appariscenti ».

Così il **Ferreira** in un suo lavoro pubblicato nel maggio del 1888 (1). Questo brano della interessante nota del collega Brasiliano mi colpì in modo speciale e fu per me come lo sprazzo di vivida luce che venga d' improvviso a rischiarare il buio e tenebroso cammino del viandante. Ed eccone il come ed il perchè.

Nel maggio del 1884 ebbi in cura un bambino di 8 mesi, primo ed unico figlio di genitori sani, alquanto linfatici, allattato dalla propria madre, precedentemente sempre sano, ed affetto in quell' epoca da eczema del cuoio capelluto e dell'intera faccia. Questo eczema, a croste nerastre, dure, spesse, puzzolenti al massimo, e che dava al povero bimbo l' aspetto di un vero mostricciattolo, datava da circa un mese. La madre fedele al pregiudizio essere il lattime uno sfogo benefico e naturale, non si dette mai pensiero di consultare il pediatra. Solo le parole, convinte e persuasive di una amica sua, un cui bimbo, nelle identiche condizioni morbose, veniva, pochi mesi avanti, a piena e radicale guarigione, in seguito ai miei suggerimenti e cure apprestate, convinsela del contrario. Ed io venni per ciò consultato. La applicazione in situ, per un pajo di notti successive, di cataplasmi di linseme, bastò a levare le densissime croste, sotto a cui gran quantità di secrezione marciosa e puzzolente stagnava. Si pra-

(1) D.r C. Ferreira — Della nefrite parenchimale nell' infanzia e della sua cura — Archivio italiano di Pediatria.

ticarono lavature disinfettanti, alla mattina con soluzione fenicata al mezzo per cento, alla sera con soluzione borica all' uno per cento. Si regolò il sistema di allattamento, propinando, per di più, qualche polverina di calomelano, la stitichezza essendo la sofferenza massima del bimbo ed il gran cruccio della mamma sua. Dopo 15 giorni rividi il bambino, trovandolo assai bene. Il cuojo capelluto alquanto arrossato, sì da aver il colorito quà rossiccio, là del prosciutto, lucido e solo leggermente umettato. Il benessere del bambino non lasciava proprio nulla a desiderare.

Pochi giorni appresso, rallentato, per parte della madre, il sistema di nettezza giornaliera e di disinfezione, l'eczema era riapparso, e sul cuojo capelluto e sulla faccia pressochè come in antecedenza, se ne togli lo spessore e la sodezza delle croste. Il fetore che emanava da quella testa era ripugnante, anche in lontananza e quà e là, comprimendo col dito la parte si vedeva fuoriuscire, abbondante e cremosa, la sottostante secrezione marciosa.

All'esame del bambino riscontrai, di notevole, una temperatura di 38,7 ed un lieve edema palpebrale. Alla sera, verso le ore 6, rivedendolo, constato edema ai lombi ed alle gambe, con marcato assopimento. Negativo affatto l'esame di tutto il resto. Alla mia domanda circa la urinazione, la madre afferma, meravigliata, di aver rilevato già nella notte antecedente che il bambino urinava raramente e scarso, emettendo un liquido alquanto colorito e come pure avesse avuto qualche conato di vomito; dalle 10 della mattina nessuna emissione di urina erasi verificato. Raccomandai tenermi l'urina per un eventuale esame da farsi nella mattina successiva, e partii. Poco prima della mezzanotte un lieve accesso ecclamptico troncò di botto quella tenera esistenza.

Lì per lì, e più per acquetare la mia coscienza e tranquillità della famiglia che altro, emisi una diagnosi di probabilità, dicendo essere stata, la causa di morte una nefrite. Quale poi, e di che natura, e come insorta, lasciai al tempo il decidere.

*
* *

Un anno appresso, e più precisamente, come da' miei registri risulta, nel settembre del 1885, mi si presentò un secondo caso, al primo identico in tutto e per tutto.

Si trattava di un bambino di mesi 10, unico figlio di genitori legati fra loro di stretta parentela (zio e nipote), affetto da eczema impetigginoso diffuso a tutto il capo ed alla faccia, con croste spesse, aderentissime al sottostante tessuto, nerastre, quà e là mancanti, e con secrezione abbondante, cremosa fetentissima.

Praticata l'identica cura, e suggeriti i necessarii precetti di nettezza e di disinfezione accennati, il bambino fu bene per una ventina di giorni circa. In capo ai quali riapparve l'eczema umido, con abbondante secrezione, e fetore eccezionale. Si riprese la solita cura; l'allattamento per parte di una buona nutrice procedeva bene; il bambino sembrava prosperare, solo che, a detta della madre, la urinazione erasi fatta dal giorno precedente, alla mia nuova chiamata, più rara e più scarsa. A mezzo della spugna, mantenuta alla parte, ordinai mi si raccogliesse un pò di urina per l'opportuno esame, abbenchè nessun altro segno apparente esteriore mi vi inducesse.

La mattina dopo, avuta in casa mia l'urina ed esaminatala, la trovai contenente albumina, in media quantità, e al microscopio riscontravansi cilindri jalini ed epiteliali con rari corpuscoli del sangue. Accorsi a rive-

dere il bambino, al cui esame constatai notevole edema alle palpebre, ai lombi e lungo le due tibie; lieve sopore, abbondante la secrezione al capo, scarsissima la urinazione, temperatura del corpo a 38,8. Dissi alla famiglia essere il bambino affetto, oltrechè di lattime, anco di nefrite, e ne ordinai opportuna cura evacuante e diaforetica.

Nelle ore pomeridiane però, di quello stesso dì, un' unico accesso di eclampsia, preceduto da marcatissimo sopore e da qualche conato di vomito, venne a portare, inaspettato, l' esito letale.

*
* *

Era dunque il secondo caso, fra i moltissimi d' eczema semplice e di eczema impetigginoso che andavo (e vado tuttora) osservando nella mia clientela, che veniva a morte causa l' insorgenza di una *nefrite parenchimatosa.*

Era quindi naturale la domanda se quella nefrite, la cui natura era indubbiamente parenchimatosa, fosse una pura coincidenza, o se non dipendesse invece e fosse anzi legata in istretto rapporto col processo di suppurazione e col focolajo di infezione che andava svolgendosi al capo ed alla faccia. Ed io davvero propendevo più per questa seconda ipotesi, senza per altro esserne fermo in questa opinione, viste le novità dei fatti che cadevano sotto la mia osservazione, appunto ed esclusivamente considerando gli intimi rapporti che corrono fra le affezioni renali e le forme morbose della cute da una parte, fra quelle ed i processi infettivi dall' altra.

Durante l' anno 1887 mi caddero sotto la osservazione due altri casi, identici nel decorso, nel risultato dello esame dell' urina, sempre potuto praticare nelle ultime ore della vita, nella rapidità dell' esito letale. E la mia opinione si riaffermò semprepiù nell' ammettere il diagnostico di *nefrite parenchimatosa infettiva da eczema impetigginoso al capo.*

Incerto se io mi trovassi davanti ad un fatto, se non nuovo, giammai nettamente rilevato, o se tutto non fosse che una bolla di sapone consultai la storia della medicina infantile.

E per primo caddemi l' occhio in sulla nota del FERREIRA, il quale ha voluto, col lavoro citato, richiamare l' attenzione dei colleghi in sul non raro verificarsi della nefrite parenchimatosa nei bambini e in sulle novelle cause che ne può essere la genesi prima. I due casi citati dal FERREIRA son guariti, e ciò probabilmente per la età già avanzata dei bambini, l' uno di 2 anni e mezzo, l' altro di sei.

L' esito letale avuto in quelli da me osservati, certissimamente devesi alla troppo tenera età degli affetti, i quali erano tutti al di sotto dei 12 mesi di vita. Nel resto le osservazioni sue e le mie collimano in modo perfetto ed assoluto, vuoi sulla *natura della malattia,* vuoi sulla *causa speciale* che la produsse.

Nessun altro autore, occupandosi dei processi morbosi renali, del

lattime, dell' eczema, dell' impetiggine, accenna al nuovo fatto di cui è argomento il presente scritto.

Il DESCROIZILLES, il quale ha trattato per esteso l' argomento delle eruzioni vescicolose, pustolose e bollose, si limita a dire che « quelquefois cette sécrétion morbide est si abondante si persistente qu'elle peut amener un état d' épuisement et même de marasme quì, dans certains cas, heuresement très rares, s' est terminée par la mort »; e parlando del pronostico, così si esprime: « il ne faut pas oublier que chez les très jeunes enfants, certaines poussées eczémateuses, très confluentes au cuvrant des surfaces considérables, peuveut être considérèes comme constituant un vcrîtable danger, cas elles entrevent les fonctions les plus importantes de l' économie et amènent parfois le marasme et la mort » (1). Nessunissimo altro accenno in sulla eventuale complicanza nefritica causata da eruzione eczematosa.

L' HAGENBACH, in un suo lavoro sulle nefriti nelle malattie infettive acute, non accenna se non a quelle insorgenti in seguito, (o concomitanti) alle malattie infettive le più note, e precisamente alle nefriti da scarlattina, da difterite, da varicella, da morbillo (2).

Il BOUCHUT, nel magistrale suo trattato, nel capitolo in sull' impetiggine del cuojo capelluto, altro non dice se non di aver veduto assai raramente degli *accidenti metastatici* di polmonite acuta mortale *prodursi in seguito a guarigione di detta eruzione* (3).

Il Dott. ELLIS, non altrimenti si esprime dicendo: « Lorsque cette affection a duré quelque temps, l' enfant paraît misérable et très malade, il perd son embonpoint, il est très excitable et peut même succumber au marasme à *quelque diathèse* cachée jusq' alors, que l' irritation, longtemps continuée, a suffi à mettre en activité » (4).

Il REVILLIOD, in uno studio sulla nefrite dei bambini, afferma che in parecchi casi di nefrite acuta, nettamente constatata, la causa rimane ignota in modo assoluto (5). Ed anche RILLIET e BARTHEZ insistono sulla realtà di queste nefriti senza causa apparente oltre che il freddo, ritenendole più frequenti nei bambini che negli adulti. Ma non un accenno all' argomento che ci occupa.

Forse in un caso citato dal BAGINSKY si potrebbe a mio credere trovare una lontana e, per parte dell' autore, insciente, allusione al fatto che vado trattando. Riporto all' uopo le precise parole del noto

(1) Manuel de Pathologie et de Clinique infantiles. Paris, 1883, pag. 672 e seg.
(2) Ueber Nephritis bei acuten Infections. Krankheiten. Jahrb. f. Kinderk. t. 29, fasc. 2.
(3) Traitè pratique des maladies des nouveau-nés, et. Paris 1878, pag. 827.
(4) Manuel pratique des maladies de l'Enfance. Paris, 1884.
(5) Notes cliniques sur quelques maladies des Enfants. Paris 1886 pag. 200.

pediatra berlinese: « die *Prognose* der Eczeme ist, wenn anders nicht gleichzeitig anwesende schwere scrophulöse Affectionen das Leben bedrohen, günstig; *ich habe nur einen plötzlichen Todesfall gesehen*, den ich geneigt wäre, mit einem überaus hartnäckigen impetiginösen, stets recidivirenden Eczem in Beziehung zu bringen; das Kind, welches nebenbei an eclamptischen Anfällen litt, erkrankte urplötzlich unter Symptomen, welche denen der malignen scarlatinösen Infection — ohne Exanthem — sehr ähnlich waren, unter Erbrecten, Livor faciei, tiefen collaps, und nach acht Stunden erfolgte der Tod.

Die übrigen Kinder derselben Familie blieben von Scarlatina frei wiewohl sie nicht separirt waren, *so dass ich trotz der Aehnlichkeit der Symptome die ursprüngliche Vermuthung der Scarlatina nicht glaube aufrecht erhalten zu können. Der Tod kann vielleicht durch eine acute septische Infection erfolgt sein* » (1).

A me pare, se non certo, alquanto probabile che questo bambino morto improvvisamente in poche ore, con fenomeni di collasso, mentre era in corso di un' eczema impetigginoso diffuso, ostinato e spesso recidivante, senz' altri fenomeni che venissero a chiariro la diagnosi, tanto da far credere al medico curante dapprima ad una scarlattina, senza esantema, e poscia ad una infezione settica non specificata, sia in tutto e per tutto, un caso simile a quelli da me suaccennati e ulteriormente avuti in osservazione.

***

Nel decorso dell' anno 1887, come già dissi, osservai due altri casi identici a quelli precedenti, e con esito letale ugualmente rapido ed imprevisto, ed altri due nel 1890. In tutto dunque 6 casi, in bambini tutti al disotto dei 12 mesi di età, e nei quali, per parte mia dietro esame accurato e ripetuto, potei sempre escludere un' eventuale affezione cerebrale, che avrebbe potuto confonderne il vero e securo diagnostico.

Tali i fatti che son venuto constatando e che ho creduto di pubblicare in seguito alla lettura del lavoro del FERREIRA ed al di lui pubblico invito, acciò i colleghi pediatri chiariscano e dilucidino, col loro contingente clinico, la intere santissima questione. (2)

(1) Lehrbuch der Kinderkrankheiten-Zvv. Aufl. Braunschwein, 1887, pag. 834.

(2) Il Dr. GIARRÈ di Firenze prese la parola, lieto di poter confermare le osservazioni dell'Oratore coll'accennare ad un caso identico, dallo stesso GIARRÈ osservato nella clinica del BAGINSKY in Berlino, circa un pajo d'anni addietro. Si trattò di un bambino, affetto da diffuso eczema ed intertriggine, curato dallo stesso BAGINSKY, e venuto improvvisamente a morte senza cause note. La necroscopia fece rilevare una Nefrite parenchimatosa che sorprese pure l'eminente pediatra berlinese, vistane la causa rarissima ed eccezionale.

SOPRA UNA CURA RAZIONALE E SEMPRE POSSIBILE NELLE DISTROFIE INFANTILI

per il Dott. CAMILLO VINCENTI (1).

Memoria presentata al I. *Congresso Pediatrico* di Roma.

I.

Il quadro delle malattie generali dei bambini comprende quelle cui il medico pratico deve rivolgere l'attenzione principale, poichè da esse emanano le più fatali conseguenze alla sana e normale evoluzione dell'infanzia, non solo, ma dell'età adulta, del futuro uomo e padre di famiglia.

L'anemia, la rachitide, la scrofolosi e la tubercolosi, la leucemia, il reumatismo articolare, con la concomitanza o la sequela di tutte le loro complicazioni, segnano a gravi note, nella patologia e clinica pediatrica, la loro tenace, esiziale influenza, per la quale mietono — su vastissima scala — le tenere esistenze, o le condannano a sofferenze ulteriori — il che è peggio.

Non abbiamo bisogno di consultare le statistiche, per conoscere quale enorme preponderanza spetti a queste — tra le malattie — che sembrano destinate a inaridire, quando pure non lo tronchino, il primo germoglio della vitalità, e contro le quali la cura riesce spesso tardiva, restando l'organismo abbandonato a sè stesso, al proprio sfacelo, alla propria rovina. — È noto che, di sola tubercolosi, muore circa un settimo di popolazione (2): che l'anemia e la scrofola dominano in alcune regioni con spaventevole proporzione: che la rachitide invade la città come la campagna— il palazzo come il tugurio: e d'altronde si sa che il medico trovasi ogni giorno nella condizione di prestare le sue cure e i suoi consigli in casi di distrofie e discrasie infantili. — Organismi deboli, affievoliti, dalle muscolature cascanti, dal sistema osseo

(1) Nel dare ospitalità nelle colonne di questo « *Archivio* » al pregevole ed erudito lavoro del distinto collega milanese, sento il dovere di soddisfare un bisogno dell'animo mio esternando all'autore non solamente le migliori grazie per la preferenza concessa a questo periodico per la pubblicazione dei suoi studî, quanto ancora i sentimenti sinceri della mia ammirazione pel modo veramente lodevole con cui ha trattato il difficile per quanto interessante argomento. Fo voti perchè il frutto delle sue osservazioni e della sua provata esperienza possa in prosieguo ricevere ampia e solenne conferma in Italia e fuori da quanti si occupano della salute e del benessere della nostra cara infanzia.

G. SOMMA.

(2) La scoperta di R. KOCK fu posteriore al presente lavoro. (N. d. A.)

con tarda evoluzione; dal sistema nervoso e linfatico compromessi — questo è il desolante apparato, contro cui si domanda l'aiuto della terapia, e che impensierisce seriamente, non solo dal lato scientifico e clinico, ma anche dal lato sociale.

Il perchè io comprenda in un solo gruppo tutte le malattie suddette, e non le esamini invece ad una ad una, è facile desumere: esse sono a riguardarsi nel loro insieme, quanto ad etiologia, quanto ai moltissimi sintomi comuni, e quanto agli stessi risultati; senza omettere, infine, che è facile il passaggio dell'una all'altra, quasi a prova che si alimentano a vicenda, e allarghino insieme il campo sterminato della loro attiva, perenne, e malaugurata azione. — Uno stato anemico — per esempio — è reso maggiormente vulnerabile; e se l'aumentata vulnerabilità e la scrofolosi non sono concetti che si adattano completamente l'uno all'altro, però la disposizione alla scrofolosi si caratterizza essenzialmente dall'aumentata vulnerabilità ed irritabilità del corpo. Verità emessa e sostenuta da HUETER e BILLROTH, la quale concorda con l'altra — che la tubercolosi sviluppasi nel campo della scrofola.—L'autorità di molti autori, quali LEBERT e WISS, COHNHEIM e FRANKEL, LANGHANS e WALDENBURG, e le relative esperienze cliniche, come i reperti dell'anatomia patologica, diedero, come suol dirsi, il collaudo alla proposizione testè enunciata sullo sviluppo della tubercolosi in campo di scrofolosi. E così, senza accennare ad altre, abbiamo un certo numero d'infermità, che si risolvono in vere e proprie distrofie, alle quali si possono applicare, se non le medesime teorie speciali patogenetiche, certamente i medesimi concetti generici di etiologia e terapeutica.

Ed è a questi due concetti, al breve svolgimento di questi due punti essenziali sui quali il medico costituisce le sue previsioni e fonda la sua fede e le sue speranze scientifiche, che io rispettosamente richiamo l'attenzione dei miei colleghi. — Non dico, e sarebbe vano il pretenderlo, delle cose nuove: ma è mio desiderio di poter contribuire, con l'esame teorico ed oggettivo dell'etiologia e della cura, alla possibile soluzione del problema, che da così lunghi anni si dibatte, circa la necessità di combattere fin da principio quelle cause d'indebolimento dell'organismo, che hanno radici profonde, e lontani germogli nelle generazioni presenti e future.

In poche parole, io dico: Data la crescente disorganizzazione dovuta ai due grandi fattori della patologia pediatrica — le condizioni dell'ambiente e l'ereditarietà — c'è modo d'istituire, con metodi razionali, una cura sempre possibile, la quale abbia lo scopo di curare, non solo, ma di prevenire? Vale a dire, la lotta si faccia simultaneamente contro il male e contro le cause del male, anche remote!

Io parlo per la grande maggioranza dei medici e dei casi. Con le parole « cura sempre possibile » io alludo alla gran pratica delle condotte, alle innumerevoli cure che dodicimila medici giornalmente trattano: ed appunto il desiderio del pubblico bene mi chiama al còmpito, certo superiore alle mie forze, di trattare questo argomento, e mi vi spinge pure quella breve ma laboriosa esperienza della condotta, la quale, fra gli altri insegnamenti, questo mi lasciò, di cooperare sempre a render meno difficili le mansioni e le nobili pratiche dei colleghi sparsi nelle campagne, ed informarne i metodi di cura alla possibilità, alla opportunità dell'ambiente, senza correr vie troppo sublimi, precluse dalle necessità locali, dalle condizioni di miseria ed ignoranza, nelle quali la gran massa vive, ed è schiava.

II.

L'etiologia delle malattie generali dei bambini — e ci basti ricordare le più importanti per frequenza, cioè l'anemia, la scrofola, la tubercolosi, la rachitide, la leucemia — ha per note dominanti le *cattive condizioni dell'ambiente e l' ereditarietà.* A queste due principalissime cause noi vogliamo ridurre il presente modestissimo studio, non certo perchè altre molte cause non concorrano a produrre le distrofie stesse, ma perchè, anche lasciando da parte la trattazione degli altri momenti etiologici, quali l'origine specifica infettiva per alcune, o le influenze morbigene e quelle di età, sesso, per altre, ciò che richiederebbe maggior vantaggio di preparazione e di tempo e maggior mole di lavoro; anche a parte queste altre cause—dico—rimane sempre a fermarci sopra i due dati etiologici, da cui emanano le più late conseguenze.

Le condizioni dell' ambiente comprendono tutte le cause igieniche, e di denutrizione, che scaturiscono dalla vita in comune delle nostre famiglie, e riguardano, naturalmente, le condizioni di luce e di aria, la cattiva alimentazione, le tristi abitudini così vastamente generalizzate.

Forbes Vinslow ha studiato nella più ampia maniera, i rapporti della luce sopra la vita e la salute, ed ha constatato (come riferisce il Mordhost che pure tanto s' occupò dello studio sullo sviluppo della scrofolosi e tisi polmonare) che popolazioni le quali vivono in ambienti oscuri sono tutte, dal più al meno, degenerate, poichè manifestano debolezza muscolare, mollezza delle ossa, morbosa irritazione del cuore, generale eccitabilità dei nervi, diminuzione d' appetito, disposizioni ad emorragie e svenimenti, debolezza di spirito e precoce vecchiaia. I discen-

denti di tali infelici sono male conformati, deboli, piccoli e disposti ad affezioni scrofolose.

Sono note le osservazioni di Moleschott, da cui risulta che a pari condizioni — l'organismo sotto l' influenza della luce separa molto più acido carbonico, che non nell'oscurità, e che aumenta, colla forza della luce, la quantità delle eliminazioni di CO^2.

Altro coefficiente per lo sviluppo della scrofola, della tisi, dell'anemia, è l'aria corrotta. L'esperienza insegna che, dimorando in aria corrotta, si respira superficialmente, in causa di accumulo di CO^2 nel sangue, e di scarsa attività muscolare; mentre invece, all'aperto, lo scambio materiale è più sollecito, la respirazione più profonda. Il danno che reca all'intero organismo il respiro superficiale è rilevante, poichè, ove il polmone poco si allontana dalla posizione dell'espirazione, i capillari alveolari sono sempre relativamente ricchi di sangue, e nelle vene deve aver luogo una stasi iperemica, rallentando il moto del sangue. Ed effettuandosi con stento la ventilazione, degli organi polmonari, si limita la loro dilatazione; l'iperemia delle loro membrane mucose bronchiali e alveolari si fa più pronunciata; e così non deve far meraviglia, se questa parte del polmone e più esposta a bronchiti croniche, e pneumonie catarrali.

La cattiva o deficiente nutrizione viene anch'essa a cooperare fatalmente alla rovina dell'organismo, e il Tommasi che nelle sue auree « Istituzioni di Fisiologia » svolge magistralmente la tesi della nutrizione e dell'inanizione, giunge alle conclusioni che seguono; cioè il concetto del vero alimento si deve desumere dalle effettive condizioni nelle quali versa necessariamente la vita plastica per informare e sostenere l' organismo : la quantità degli alimenti quotidiani deve proporzionarsi a quella che dal movimento animale della materia è consumata ed espulsa in forma di secrezione: la respirazione, nei gradi della sua intensità, si riferisce esattamente alla quantità degli alimenti, ed al grado del movimento animale della materia; quindi l'ossigeno che s'inspira dev'essere proporzionato agli uni e all'altro, quanto i primi debbono essere proporzionati al secondo.

Precetti fisiologici che frequentissimamente non sono e non possono essere seguiti, ed ai quali, pur troppo rispondono i sintomi patologici: precetti che dimostrano una volta di più quanto sia giusto l'unificare il concetto etiologico delle distrofie infantili, rendendosi evidente quanto l'un fatto dipenda dall'altro, e si colleghino, con un nesso che se teoricamente è divisibile, non può esserlo affatto in pratica.

Una casa umida, senza sole, o ristretta, con agglomeramento di persone, od aria viziata, porta ad una relativa anormale re-

spirazione: questa, al lento ricambio materiale: questo all'alterazione della nutrizione, e così via via, le cause si accumulano, si compenetrano, costituendo il pericolo permanente e non compreso; latente e non veduto; e se riconosciuto, spalleggiato sempre dalla solita folla dei pregiudizii e colle inveterate abitudini, per le quali trionfa il famoso « così faceva mio padre » altrettanto sciocco, quanto pernicioso.

Passiamo ora all'ereditarietà.

III.

Quanto influisca la costituzione fisica dei genitori su quella dei proprii figli, è tanto noto e provato, che persino nelle classi meno colte è accettata, come indiscutibile dogma, la verità che il figlio porta le impronte fisiche del padre e della madre. Tutto induce a credere, anche scientificamente e non ostante le sottigliezze teoriche, che sono appunto i genitori i fattori principali del benessere delle future generazioni, come anche i responsabili dei molti e gravissimi danni che alla società derivano.

Non parliamo della scrofola e della tubercolosi, di cui è stabilita, da leggi sicure quanto spietate, la potenza ereditaria. FRANKEL ricorda che la predisposizione per la tubercolosi *può essere acquisita*, ma è in « alto grado » ereditaria; e per ciò vediamo soccombere della stessa malattia numerosi membri della medesima famiglia. E non solo vengono attaccati i figli dei genitori tisici o tubercolosi, come vorrebbero BARTHEZ e RILLIET, ma anche i figli dei genitori carcinomatosi, consanguinei e *debilitati per altre cause*, come bene osservò il COOKE, e come la pratica di tutti i giorni luminosamente dimostra. Ma nemmeno la rachitide, per la quale l'eredità vorrebbesi da alcuni impugnare, va—in pratica—esente dai caratteri della più spiccata eredità. È bensì vero che il REHN dichiara di non accettarla questa teoria e preferisce ammettere quale fattore della rachitide « una semplice anomalia di costituzione dei genitori »: ma il trincerarsi dietro a questa espressione così vaga e pure così significante, è già argomento di quella debolezza nell'asserzione, che fu poi, ed è strenuamente combattuta e vinta dagli avversarii. Il RITTER, per esempio, che è uno dei grandi partigiani della teoria ereditaria, e studiò moltissime forme di rachitide fetale e congenita, fece osservare che tutti i bambini i cui genitori presentarono sintomi di pregressa rachitide, ammalarono di questa; mentre i bimbi provenienti da genitori sani, i quali vivevano in eguali condizioni di nutrizione e di abitazione, erano risparmiati. Lo stesso reumatismo articolare acuto, per la cui patogenesi ereditaria sorsero e continuano

ardenti discussioni, fu frequentemente dichiarato ereditario, e a favore della teoria gentilizia concordano le osservazioni dell'HIRSCH e del LEBERT, sostenitori dell'origine infettiva del reumatismo, non che quelle di FULLER, PICOT e STEINER che riscontrarono in bambini la notevole frequenza dovuta alla eguale malattia dei genitori. FULLER in 15 casi ha osservato 8 volte l'ereditarietà; PICOT 14 volte su 26; e STEINER riferisce un caso, in cui, di 12 ragazzi nati da donna sofferente di reumatismo articolare, 11 presentarono la stessa affezione.

La teoria ereditaria vale egualmente per l'anemia, che si trova abbastanza frequentemente trasmessa per anemia e debolezza dei genitori. Così, per la leucemia, che MOSLER crede giustamente sia molto più frequente di quello che si creda, nella prima e seconda età infantile.—Pel nostro argomento poco interessa il conoscere se l'eredità sia patologicamente diretta, o si debba anche a sifilide, a scrofola dei genitori: fatto sta che FORSLUND e BIRCH-HIRSCHFELD riferiscono molti casi di leucemia dei bambini, e che la frequenza della malattia deve impensierire forse di più, se si è constatato che può svilupparsi anche da terreno scrofoloso, sifilitico e tubercoloso, — il che allarga i confini di azione.

E più dilaga il male, più è necessario richiamare l'attenzione del medico in genere, del pediatra in particolare, perchè si possa apporre un energico ed efficace ostacolo, e si proponga un rimedio che paralizzi l'attività del germe, e i temibili corollarii per quanto riguarda la riproduzione dell'essere.

Sconforta lo spettacolo delle conseguenze morbose, degli allarmanti sintomi; nutrizioni scadenti, aspetti anemici, respirazioni accelerate, superficiali; sudori profusi e generali; polsi deboli, attività cardiaca esagerata, tossi, febbri, affezioni glandolari, ossee, disturbi delle funzioni del sistema nervoso, cardialgie, ecco i segni dell'imminente sfacelo delle tenere esistenze; fortunate se giungono in tempo a lottare contro il nemico che le attende; fortunate se a tempo opportuno si saprà fare la giusta scelta del rimedio, cui debbono affidarsi.

IV.

E quali sono i mezzi per combattere questo fatale nemico?

Non vogliamo, neppur qui entrare nei particolari delle tante cure tentate: lasciamo anche in disparte le cure climatologiche, l'uso di alcuni medicinali. Se diedero buoni risultati, e ne conveniamo per i primi, non possono generalizzarsi, e noi dobbiamo invece insistere sulla cura accessibile a tutti, non incomoda nè dispendiosa, possibile nelle condotte ove sono più urgenti bisogni, e maggiore scarsità di mezzi.

Una buona pratica, ma che ancora è nei suoi primordi e potrà generalizzarsi anche in Italia, quando le masse abbiano maggior coscienza del valore dell'esistenza umana, e minori pregiudizii, sarebbe la cura chirurgica, per alcune delle suddette malattie dei bambini.

L'avvenire, senza dubbio è della chirurgia, ma quanti e quanti anni ancora, prima di giungere a questa, che può chiamarsi la perfezione della terapia!

Nel Congresso de' Medici e Naturalisti tenutosi nel 1880 (se non erro) a Monaco, il prof. Von Nussbaum trattò splendidamente della terapia chirurgica della rachitide, e propose un metodo curativo, che il Gerhardt nota come « semplice ed esente da pericoli ». Il Nussbaum operò già, con splendido successo, un certo numero di bambini.

E nella cura della scrofola, Hueter propose anche il metodo chirurgico, che diede e dà buonissimi risultati. Lo propose con queste belle e giuste parole:

« Io sono convinto che in avvenire, pel medico pratico, il capitolo non molto edificante della terapia della tubercolosi non sarà circoscritto all'uso dei medicinali, dei mezzi dietetici, di cure climatologiche, sia che si facciano sugli alti monti o a livello del mare, ma che in questo capitolo sarà riserbato un certo spazio al coltello chirurgico, alle incisioni, estirpazioni, resezioni ed amputazioni ». Rivolgendosi a' suoi alunni, l'illustre professore di Greiswald esclamava: « È meglio che voi, senza por tempo in mezzo, senza mandare i vostri malati per una o due està ai bagni di sole, senza perdere il tempo più opportuno in contegno inattivo, subito diate mano al rimedio sicuro, la estirpazione delle glandole linfatiche e caseose.... *Non il ferro sciolto in forma di misture*, ma il ferro affilato, il coltello guarisce la scrofola glandolare! ».

Noi però, pure inchinandoci a questo forte e sicuro linguaggio, e unendo il nostro debole voto per l'avvenire chirurgico della terapia, dobbiamo ritornare al nostro assunto, rimanere cioè « nel possibile ».

Ma quali sono adunque i mezzi sempre possibili, e comunemente adoperati per combattere le distrofie infantili? Sono tre: il ferro, il catrame, l'olio di fegato di merluzzo.

Vediamo a quale si possa dare la preferenza, o meglio, come razionalmente possa praticarsi una cura assennata, intesa a contribuire, insieme all'igiene, al miglioramento e al benessere dell'organismo.

V.

I preparati di ferro nello stomaco son resi solubili per la reazione prodotta dall'acido cloridrico e una volta resi solubili, la loro dissoluzione può essere favorita per la presenza in esso di corpi albuminoidi e di peptoni. Non è esatto dire, che nello stomaco l'assorbimento del ferro è veramente determinato dalla presenza degli albuminoidi e dei peptoni: questi non possono avere alcuna diretta azione sui preparati di ferro, e finchè un preparato di ferro non sia solubile, rimane indifferente rispetto all'albumina ed ai peptoni, coi quali forma un albuminato e un peptonato di ferro solo quando rimanga disciolto, mercè l'azione del succo gastrico. Allora è reso possibile il suo passaggio diretto nel sangue allo stato di organica combinazione. Ho subito accennato a questo fatto per rilevare l'errore di chi creda ciecamente alla facilità di assorbimento del ferro, mentre si deve partire dall'imprescindibile condizione che i preparati di ferro non sono tollerati, se lo stomaco non è in funzione normalissima, e normale la secrezione di acido cloridrico. Ma questa condizione dello stomaco è proprio ciò che nove volte sopra dieci manca nei casi di malattie generali dei bambini; cosa che abbiamo notato parlando dei momenti etiologici, quali la denutrizione, la respirazione superficiale, e relative alterate funzioni digestive.

Ma, dato e non concesso, l'assorbimento dello stomaco, ci troviamo, subito dopo, d'innanzi ad un nuovo problema: l'assorbimento del ferro dall'intestino, problema che interessa assai anche oggidì e pel quale si giunge persino ad affermare, che non ci sia affatto assorbimento intestinale. Non vogliamo essere proprio di questo parere, ma non possiamo negare l'evidenza dei fatti, dimostrata fra gli altri dall'illustre prof. ALBERTONI, che cioè somministrando a un individuo del ferro, vediamo la massima parte di questo, dato per bocca, passare nelle feci. Ma v'ha di più; si è esaminata quale azione possa esercitare il ferro sul tubo gastro-enterico, e si è trovato che molti dei suoi preparati, in luogo di favorire la digestione, sono di ostacolo alla formazione dei peptoni, perchè si uniscono ai corpi albuminoidi e all'acido cloridrico, e così rimane meno acido cloridrico, allo stato libero. Alcuni dei sali solubili di ferro possono determinare dei disturbi nello stomaco e nell'intestino perchè hanno una certa capacità di coagulare e precipitare i corpi albuminoidi e possono quindi produrre un catarro di queste parti.

In questi ultimi anni si è dimostrato, per la sola teoria scientifica, che dei sali di ferro iniettati direttamente, in certa quan-

tità nel sangue, non mancano di azione venefica, ed agiscono producendo press'a poco i fenomeni dell'avvelenamento, che osserviamo per altri metalli, determinano, cioè una diminuzione della pressione, una iperemia della mucosa intestinale ecc.

Ma voglio lasciare la parola al Forster, la cui competenza in pediatria è universalmente nota.

Nel capitolo « Profilassi e cura dell'anemia » parlando appunto della cura medica, dice precisamente così del ferro: « la sua efficacia nell'anemia ordinaria spesso non è tanto notevole quanto nella clorosi che si distingue per mancanza di emoglobulina. Quando vi sono parecchie cause, sopratutto, *cio che non è raro, e nelle forme non genuine ma complicate, l'esito è mediocre, e, non poche volte manca del tutto* ». Oltre a ciò non si può mettere in dubbio che alla applicazione del ferro nella pratica infantile si oppongono alcune difficoltà: anzi tutto devesi tener presente che i bambini, massime i teneri, difficilmente prendono il ferro in tutte le sue forme di amministrazione, oltre a ciò il ferro è tollerato meno facilmente dai teneri bambini, soprattutto dai poppanti, alla qual cosa contribuiscono non poco i catarri gastrici ed enterici, tanto comuni e che tanto facilmente vengono in campo nel bambino anemico-marantico. La contemporanea presenza del catarro gastrico o della dispepsia controindica, come facilmente s'intende, l'applicazione del ferro e rende per lo meno necessario un uso preliminare del reobarbaro, dei salini ecc. La febbre in generale, controindica il ferro.

Citerò ancora il Petrucci, Prof. pareggiato di Materia Medica all'Università di Napoli, il quale nel suo Manuale di Materia Medica, ricordando le qualità del ferro, non manca di avvertire che coll'uso protratto dei ferrici possono verificarsi fenomeni d'intolleranza, fino alla gastro-enterite: e nel paragrafo « Controindicazioni » dice chiaramente: « I ferruginosi debbono evitarsi nei casi di catarro gastrico od enterico acuto, nei diversi stati febbrili ed infiammatori, in casi di predisposizioni ad emorragie attive, nella tubercolosi progressiva, o complicata con febbre e diarrea, nella pletora, nella degenerazione di organi importanti, e sempre che la circolazione e la respirazione sieno gravemente compromesse ». E questo vale a dire in quasi tutte le malattie cui abbiamo accennato.

Da ultimo è bene accennare a quanto disse e dimostrò il Veillard, che riassume anche nel suo stimato « Formulario clinico e terapeutico per le malattie dei bambini » le dotte argomentazioni contro l'uso dei ferruginosi nelle malattie dell'infanzia. « Trattandosi d'anemia, (egli scrive) sia come conseguenza di emorragie gravi o per conseguenza di malattie debilitanti come

il reumatismo, la scrofola, la tubercolosi, la sifilide, non si reclama mai l'impiego dei ferruginosi » e fa le sue eccezioni, riferendo un esempio pratico, anche sulla poca utilità della cura di ferruginosi nella clorosi.

VI.

Io ho voluto combattere l'uso del ferruginosi con l'autorità di eminenti clinici, fisiologi e pediatri, e debbo ora aggiungere che nella mia modesta pratica trovai così giuste e confermate le loro asserzioni ed osservazioni, che ben presto dovetti rivolgermi ad altri rimedî, e fu allora che mi appresi al partito di far prima larghe esperienze sulla riuscita terapeutica del catrame, e cominciai a studiare se fosse possibile l'associarlo all'olio di fegato di merluzzo, attendendo intanto l' esito di alcune cure che avevo cominciato nella condotta di Lesa, sopra undici fanciulli d'ambo i sessi, malati di anemia e di scrofola, cure a base di catrame. I buoni risultati ottenuti, specialmente in sette casi della frazione di Solcio — presso Lesa — e gl'incoraggiamenti di alcuni colleghi, i quali da me invitati a ripetere per conto proprio le prove, se ne trovarono soddisfatti, mi decisero a usare su più larga scala il catrame, reso anche più sicuro dalle osservazioni che fecero in proposito alcuni fra i più eminenti clinici e pratici d'Italia. Dirò anzi che questi lavori mi decisero ad allontanare da me gli ultimi dubbi sull'efficacia d'un prodotto speciale—la cosidetta catramina—che veniva opportunamente a sostituire gli altri preparati di catrame, offrendo una immancabile garanzia di serietà, ed evitando gl'inconvenienti che sogliono presentare il catrame e suoi derivati.

Ma dal laboratorio chimico farmaceutico del dott. Bertelli non solo venne fuori la catramina: quello che preme dire pel nostro argomento, si è che questa catramina venne sapientemente associata ad un olio di fegato di merluzzo di qualità assolutamente superiore, e se ne ottenne un olio che uscì col nome di « Pitiecor » e che fece presto il più grande cammino nella nostra terapeutica, offrendo al medico l'opportunità d'una cura a base di due potentissimi rimedi, quali il catrame e l'olio di merluzzo. Il perchè quel prezioso prodotto della distillazione legnosa abbia subito un periodo di relativo abbandono prima nel 1886 deve riscontrarsi in un gravissimo inconveniente: quello di non averlo potuto prima di allora ottenere al desiderato grado di purezza—inconveniente per cui veniva a possedere un' azione locale irritante e qualche volta pericolosa.

Un altro ostacolo al suo uso esteso proveniva dai diversi ef-

fetti ottenuti a seconda che il catrame fosse stato derivato dal pino silvestre o dal faggio: naturalmente essendo diversa la composizione dei due prodotti avvenivano diversità di risultati dovuti specialmente alla presenza dei vari elementi di catrame, quali le resine, l'acido acetico pirolegnoso, il toluolo, creosoto, ed altri. Ma oggidì possiamo senza timore alcuno impiegarlo nelle malattie dell'apparato respiratorio, poichè oggi ci è dato di poterlo avere sotto forma di preparazioni affatto scevre da elementi nocivi. Ora, dopo circa un secolo e mezzo, si vedono trionfare le teorie di un vescovo inglese che intorno al catrame scrisse una memoria importantissima raccomandandone l'impiego nelle malattie di petto.

Questo buon vescovo che pensava non soltanto alla salute dell'anima, ma anche a quella del corpo, pose in evidenza le caratteristiche del catrame, quelle stesse sulle quali oggi si è ripreso lo studio su vasta scala rispondendo esse ad una vera necessità terapeutica.

Quando nel 1886 cominciò ad entrare nel mondo scientifico il nuovo preparato, che venne chiamato catramina, sorsero subito le più grandi disparità di opinioni fra i medici, fino a che non vennero compiuti accuratamente quegli studii, che poi guadagnarono al medicamento il favore della classe medica e del pubblico. Uno dei primi a studiare la catramina fu il Dott. Luigi Casati di Forlì che pubblicò nel 1887 un interessante lavoro, quasi contemporaneamente ad un articolo del Dott. Guaita, medico direttore dell'ospedale dei bambini di Milano: il primo riuscì splendidamente a sceverare dai soliti *miracolosi* preparati di catrame, la catramina, che non è affatto miracolosa, ma soltanto seria ed efficace: il secondo accennò alle esperienze fatte con la catramina in forma pillolare nelle affezioni bronco-polmonali dei bambini ricoverati nel suo spedale e agli splendidi risultati ottenuti. Seguì una nota del dott. Sormanni, prof. d'igiene a Pavia, letta al R. Istituto Lombardo di scienze nel dicembre del 1887, nella quale rilevò essere la catramina un reattivo che neutralizza completamente la virulenza del bacillo tubercolare.

Nel 1888 vennero alla luce altri importanti studii del dott. E. Casati, prof. all'università di Roma, i quali confermando i lavori del Fasano di Napoli e i risultati del Sormani, aprirono al catrame una larga via, quale rimedio potentissimo, oltrechè nelle prima mentovate malattie respiratorie, anche nella tubercolosi. Ma allora la critica si appoggiò sopra un dato ritenuto incrollabile, per combattere l'uso della catramina, si disse che il catrame poteva essere ottimamente impiegato nei catarri bronchiali, nelle polmoniti ecc. ma non nella tubercolosi, una volta dimostrata la

natura specifica infettiva di questa. Risponde a ciò, la giustissima osservazione dello Strumpell, che spiega il fatto frequente della concomitanza di una tubercolosi polmonare durante un'altra malattia del polmone appunto con l'ammettere che le affezioni bronchiali e polmonari preparano un terreno favorevole all'attecchire del virus tubercolare, e che quindi sopra una mucosa che previamente era già inferma, i bacilli tubercolari possono fissarsi più facilmente che in condizioni normali. — Vennero infine i pregiati lavori del Dott. Franco, prof. all' Università di Napoli; del Dott. Franzolini chirurgo primario all'ospedale di Udine, del Dott. Salvetti, suo assistente e di parecchi altri, pubblicati sulle più importanti Riviste scientifiche italiane ed estere, che completarono lo studio sulla catramina, assicurandone la virtù antisettica e preservativa. Il Dott. Conca, da ultimo nel suo « Manuale » raccoglie tutti i dati rilevabili dagli studii antecedenti, e corroborandoli con sue molteplici esperienze, conclude raccomandando la catramina ai pratici, quale rimedio sovrano per le malattie dell'apparato respiratorio.

VII.

Questo basti a dimostrare di quale giovamento possa essere l'olio di fegato di merluzzo unito a questa catramina, pensando che sempre, o quasi sempre, dominano nelle discrasie infantili le affezioni dell'apparato respiratorio.

In quanto all'olio di fegato, abbiamo subito una qualità essenzialissima da contrapporre ai preparati di ferro, qualità dimostrata dal Naumann, e più tardi da Buchheim, « poter cioè l'olio di fegato di merluzzo traversare con molta facilità le membrane animali e venir quindi altrettanto bene assorbito, a cagione degli acidi grassi in esso contenuti ».

Usato già da lungo tempo, l'olio di merluzzo ha raggiunto in questi ultimi decennii una straordinaria diffusione. Lo afferma il Semmola nella sua preziosa e reputatissima « Materia Medica » nella quale ricorda, in apposito capitolo, le doti e gli usi terapeutici di questo grasso liquido. « La sua fama — egli scrive — nella cura della tisi, l'ha guadagnata per la ragione che, dato in opportune condizioni (1) riesce un rimedio eccellente per sostenere la nutrizione degl' individui affetti da malattie croniche, massimamente di natura infettiva. Il suo significato, non solo nelle

(1) È sottinteso che non si userà in casi di diarrea, o nei primi cinque o sei mesi d' infanzia.

malattie dell' apparato respiratorio, ma anche in altre affezioni consecutive, è quello di una cura di grasso in generale; e sempre che si tratta di aver riguardo alla nutrizione del corpo, l'olio di fegato di merluzzo è indubbiamente di alto valore ».

Il SEMMOLA stesso — una vera autorità in materia — lo suggerisce anche nella rachitide e intorno a quest' uso trova che il giovamento si verifica quando la malattia delle ossa è eminentemente pronunciata, e i fenomeni del tubo digerente vanno sempre più retrocedendo. Dove poi l' olio di fegato di merluzzo è indicatissimo, e per molti farmacologi e clinici riesce un rimedio sovrano, si è nella scrofola. Esso rende i suoi migliori servigii nella così detta forma eretistica della scrofola: giova anzitutto nelle malattie scrofolose delle ossa (carie, necrosi, spina ventosa, scrofola): in secondo luogo nelle affezioni ulcerative delle mucose.

E che debba agir così l' olio di merluzzo, è dimostrato ampiamente dall' analisi chimica, che ci rivela i suoi componenti, mentre la terapeutica stabilisce le virtù di ognuno. L' analisi di YONG che è la più completa, dimostra che esso contiene acido oleico e margarina; glicerina; acido butirico e acetico; iodo; cloro; fosforo; calce; magnesia; soda e ferro in piccolissime proporzioni, ed altre due o tre sostanze non bene definite. Si comprende, da questo solo, come debba stimolare l' energia vitale, e costituire un vero baluardo contro le malattie. Producendo un miglioramento della nutrizione, e il relativo aumento del sangue, venendo con la massima facilità assorbito, esso risponde allo scopo di combattere quelli fra i momenti etiologici che abbiamo notato sotto il titolo di « cattive condizioni dell' ambiente » ossia la denutrizione, la respirazione superficiale, le alterazioni delle funzioni digestive, e prepara organismi i quali possano difendersi contro le tristi eredità, vincerle, e disporsi a soffocare i germi morbosi.

Va senza dire che il Pitiecor, essendo una miscela d' olio di catrame e olio di merluzzo, partecipa delle virtù terapeutiche dei due rimedii e sostituisce mirabilmente le due cure separate, di cui è come la risultante benefica, efficacissima. La miscela accuratamente preparata, e perfettamente riuscita, toglie anche all'olio di merluzzo quel caratteristico sapore nauseante, che è spesso l' ostacolo principale alla tolleranza e all' assorbimento, e così il pitiecor riesce gradito e facilmente assimilabile.

VIII.

In vista di quanto sopra ho esposto, ne risultò che io volli accingermi a far larghe esperienze, e raccogliere i risultati, che prevedevo confortanti. Nelle esperienze non volli esser solo, e

pregai alcuni colleghi e direttori d'ospitali ad intraprendere anch' essi qualche cura in via di prova, e a riferirmene quindi i risultati, qualunque essi fossero. Mi piacque poi di scegliere i tre mesi di calda stagione — giugno, luglio e agosto del corr. anno — per riconoscere se veramente il pitiecor potesse vantare anche il merito di esser usato in qualunque tempo, compreso l'estate. La statistica che ho l'onore di presentare (V. Tabella) dimostrò infatti chiaramente il vantaggio che, anche in questo, possiede il pitiecor, su tutti gli altri rimedii del genere.

I colleghi da me invitati alle esperienze furono i signori Dottori E. Regnoli, medico ad Argelato (Bologna); E. Broglio, direttore dell'ospedale di Abbiategrasso; R. Arcangeli, medico chir. a S. Vittore; E. d'Adda, medico a Casalpusterlengo (Milano). Questi egregi colleghi mi furono cortesi di un cenno di relazione da cui ora mi è dato, insieme alle esperienze mie personali, presentare la statistica delle cure fatte; statistica che assume il più gran valore se si pensa che le esperienze vennero condotte in luoghi lontani l' uno dagli altri, e quindi sotto diverse condizioni di clima, di temperatura, di processi morbosi. Pertanto il quadro che io unisco alle mie povere considerazioni testè fatte è la migliore conclusione che possa trarre dalle considerazioni stesse rimanendo indubbiamente dimostrato come esista la possibilità di una cura razionale e opportuna contro le distrofie infantili. Faccio voti chè anche gl' illustri colleghi qui presenti si degnino di fare qualche esperienza in proposito, e confido che i risultati che otterranno saranno la più lusinghiera conferma a quelli già ottenuti, e contribuiranno, con ben maggiore autorità che non è la mia, a generalizzare l' uso del pitiecor, con manifesto vantaggio dei piccoli malati, e con vera soddisfazione dei medici curanti.

Milano, settembre 1890.

Il « PITIECOR » nella cura delle distrofie infantili (Cure di un trimestre).

Numero dei casi	Anamnesi ed etiologia	Sintomi e Diagnosi	CURA	RISULTATI	Medici da cui vennero praticate le cure
2 (O. S. e O. B.)	Fratello e sorella: costituz. debolissime, specialmente il maschio. Età 8 a. il m. 10 1|2 la f. Madre robusta. Padre forse sifilitico. Alimentaz. scarsa. Epistassi frequente nel m. Diarrea nella f.	Dimagrimento. Aspetto anemico. Polso piccolo. Inappetenza specialmente nella f. Svogliatezza. Nausea frequente. **Anemia.**	Vita all'aria libera e al sole. Pitiecor, 1 cucch. prima del pasto, aumentato a 2 prima dei pasti, dopo 15 g. Tolleratissimo.	Ritorno di forze e di colorito, dopo circa un mese. Il m. mangia con appetito. Cessate le nausee nella f. Dopo 40 giorni, la cura si sospende, poichè i bambini si dicono completamente guariti.	Personale
2 (N. N. R. f.)	Casa umida. Ereditarietà. Soverchio lavoro. Una ebbe già catarro bronchiale. Età 14 a. e 12 id.	Poteri fisiologici della nutriz. in deplorevole guisa diminuiti; tosse stizzosa; abbondante espettorato— **Tubercolosi.**	Un cucch. di Pitiecor prima del pasto, elevando successivamente la dose a 2-3-4 c. al giorno.	« I poteri fisiologici della nutrizione hanno ripreso bastevole forza, da opporsi, in parte, al morbo distruttore. La tosse è meno stizzosa; e meno abbondante l'espettorato ».	Dott. E. **Regnoli** Med. Ch. ad Argelato (Bologna, (Lettera 28 Ag. 1890).
1 f.	Eredità. 10 a.	**Scrofolosi.**	Solita.	« Mi ha recato non lieve meraviglia il rapido diminuire, e il cessare poi del tutto degl'ingorghi glandolari, non avendo adoperato a tale uopo nessun altro mezzo terapeutico ».	id. id.
1 m.	3 a. Debolezza dei genitori. Cattive condizioni di nutrizione.	**Rachite e catarro bronchiale ostinato.**	Solita.	« È cessata del tutto l'irritazione della mucosa respiratoria, essendo, sotto la pelle del malato, comparso uno strato discreto di pannicolo adiposo, e sulla faccia il colorito roseo di un sangue più ricco, mentre le membra sono prese da una vigoria per l'innanzi vanamente sperata ».	id. id.
4		**Malattie bronco-alveolari** con nutrizione scadente.	Id. id.	« Il Pitiecor della Casa Bertelli l'ho somministrato nei mesi di Luglio e Agosto a 4 persone di nutrizione scadente, e sofferenti di malattie bronco-alveolari. Venne benissimo tollerato, e ne ebbi lodevoli risultati, sia riguardo alla migliorata nutrizione generale, che alla diminuita integrità dei fenomeni dipendenti dalla diversa natura ed età delle affezioni bronco-alveolari ».	Dott. A. **Arcangeli.** Med. Ch. di S. Vittore Olona, Canegrate e S. Giorgio (Legnano). (Lettera 8 ottob. 1890).

	strico. Fece già altre cure di ferro, ma inutilmente.	accel. Tono crurale. Apiressia. — **Anemia.**	La cura continuò oltre un mese.		
2	Fratelli S.(Milano). Costituz. debole dei gen. Sifilide del padre. Alcoolismo id. Alim. disordinata. (4 e 2 a.). Condiz. dell'ambiente, antigieniche.	Prevale in uno il sintomo dell' anormale ingrossamento dell' estremità costali delle cartilagini. — **Rachitismo.**	Solita, dopo aver tentato lo sciroppo latto-fosfato di calce, e i ferruginosi, senza risultato.	Discreti risultati. Continua la cura, che fu cominciata soltanto alla fine di agosto.—Nutrizione migliorata. Polso meno debole. Cessata la tumidezza dell' addome, in uno. Aspetto soddisfacente.	Personale
2	N. N. di anni 17. N. N. di anni 18.	1. **Scrofola** con catarro bronchiale lento. 2. **Oligoemia** di origine palustre.	Solita.	1. « Dopo l' uso di qualche bottiglia di « Pitiecor » si notava già qualche miglioramento. In seguito scomparve affatto il catarro bronchiale, e attualmente il giovane respira molto liberamente. È di aspetto florido. Gode buona salute. 2. Ritorna un po' di colorito al viso, e maggior vigoria nelle forze digerenti, non che nello stato fisico gener.	Dott. **E. Broglio.** Med. Dirett. dell' Ospedale di Abbiategrasso. (Lett. 29 Settembre 1890).
2	N. N. — N. N.	1. **Catarro bronchiale cronico.** 2. **Periostite suppurata,** (ambedue **Scrofolosi**).	Solita.	« Ebbi a osservare un decorso evidentemente insolito e rapido di miglioramento. Nell' uno cedè la tosse e il catarro. Nell'altro, si chiuse la piaga molto tempo prima di quello che accade ordinariamente ».	Dott. **E. D'Adda.** Med. Ch. a Casalpusterlengo. (Lett. 23 Ottob. 1890).
1	(S. T. Milano). Ereditarietà.	**Tubercolosi e carie ossea.**	Solita.	Qualche miglioramento. Si noti che l'ebbi in cura all'ultimo stadio. Va acquistando qualche forza, e dichiara di sentirsi molto meglio.	Personale.
3	(T. N. S. Milano). Genitori scrofolosi.	1. **Leucemia.** 2 e 3. **Scrofola.**	Solita.	Esito felicissimo, anche nel caso di leucemia, che presentavasi con sintomi allarmanti. Ora le condizioni generali non solo sono migliorate, ma possono dirsi normali.	Personale.
1 f.	Z. A. (Arona) a. 16. Genitori malaticci. Fratello scrofoloso. Sorella morta di tisi a 20 a.	Non mestruata. Tosse. Disturbi motori. Inappetenza. **Clorosi.**	Solita.	La cura continua, avendo già consumate 12 bottiglie. Da oltre un mese il colorito si è fatto meno pallido; le funzioni più regolari; crebbe l'appetito, la forza, tanto che sostiene benissimo le gravi fatiche di domestica. È notevole il fatto che non solo tollera, ma gradisce tanto il Pitiecor, che lo richiede insistentemente, e dichiara dovere ad esso unicamente la sua guarigione.	Personale.
11	(Nella condotta di Lesa).	**Discrasie in genere**, con prevalenza di **Scrofola.**	Solita, con Catrame: cominciai la cura isolata, e poi associata, usando il Pitiecor.	Ben 7 casi ebbero splendido esito. In alcuni non si ebbe tolleranza per le condizioni troppo gravi dello stomaco, e si sospese quindi la cura. Negli altri fu gradito, e portò i più buoni risultati in quanto a nutrizione generale e riacquisto sollecito di forze.	Personale.

BIBLIOGRAFIA

Fraenkel D. B. — Scrofolosi e Tubercolosi.
Rehn D. H. — Rachitide.
Forster. — Anemia.
Strümpell D. A. — Trattato di patologia speciale.
Weillard D. A. — Formulario Clinico e Terapeutico per le malattie dei Bambini.
Gerhardt D. C. — Trattato delle malattie dei bambini.
Petrucci D. S. — Manuale di Materia Medica.
Albertoni D. P. — Lezioni di Materia Medica, 1886-87.
Hueter D. C. — La Scrofolosi ed il suo trattamento locale come profilassi alla tubercolosi.
Semmola Prof. M. Nuovi elementi di materia medica e terapia.
Mordhorst D. C. — Sullo sviluppo della scrofolosi e tisi polmonare.
Birch-Hirschfeld — Salvia. — Trattato di anatomia patologica gen. e spec. « Leucemia ».
Pfungen D. R. — Trattato sull'atonia dello stomaco.
Chossat. — Recherches expérimentales sur l'inanition.
Tommasi D. S. — Istituzioni di Fisiologia.
Fasano D. Adolfo. — Sulle inalazioni e sulle iniezioni percutanee tracheali nella tisi pulmonare con la catramina Bertelli (Arch. di Laring.) genn. 1890.
Franzolini D. F. — Sulla efficacia terapeutica della catramina Bertelli nelle tubercolosi locali ed esplicitazioni morbose affini (Udine 1890).
Casati D. Eugenio. — Nuovi studi sperimentali e clinici sulla catramina (Civitavecchia 1889).
Franco D. D. — La Medicina Preventiva (Fasc. 1889-1890).
Fasano D. A. — Archivio di Laringologia (Fasc. IV. Luglio 1890).
Chirone D. V. — Dirett. « Terapia Moderna » (Fasc. 3 — Marzo 1890).
Galli D. Gius. — La Catramina Bertelli nelle malattie dell'apparato respiratorio (Rivista Terapia Ig. settembre 1889).
Casati Prof. Luigi. — La Catramina Bertelli. Sua composizione, azione e virtù nelle malattie del petto, tubo digerente e vie urinarie (Racc. Med. Marzo 1887 e aprile 1890.
Sormani D. G. — Ancora sui neutralizzanti del virus tubercolare (Rendic. Istit. Lomb. di scienze—Serie II. Vol. XX. fasc. XIX).
Corriere Sanitario. — Luglio 1890.

Clinica Pediatrica diretta dal Prof. DANIELE BAJARDI

CISTE IDATIGENA DELLA LOGGIA PAROTIDEA

Osservazione clinica del Dott. LUIGI RICCHIONI
Aiuto alla Clinica pediatrica di Firenze.

Il giorno 2 dicembre dell'anno 1887 fu condotto all'ambulatorio della Clinica pediatrica di Firenze un bambino di due anni, certo Serafino Cecconi da Campi, al quale s'era enfiata la regione parotidea sinistra. Sul principio del giugno antecedente era comparso nella stessa regione un piccolo tumore superficiale, mobile e coperto da cute sana il quale, trat-

tato con pennellature di tintura jodica e con empiastri di linseme, avea finito per rammollirsi ed aprirsi da sè in capo a due mesi, versando fuori u a certa quantità di pus.

Poco tempo dopo la guarigione di questo enfiato e vicino alla cicatrice rimasta al suo posto, ne comparve un secondo, che suppurò presto e venne aperto dal medico curante.

Fra l'agosto e il settembre dello stesso anno i genitori constatarono nella stessa regione la presenza di un nocciolino, grosso quanto un pisello, indolente e coperto da cute sana, il quale venne trattato anch'esso colla tintura jodica e con empiastri di diverse specie.

Nel corso di due mesi il nocciolino era ingrossato di molto e la cute soprastante s'era fatta più calda, rossa, edematosa, sicchè, credendo alla formazione di un nuovo ascesso, i genitori condussero il bambino all'ambulatorio.

Stato presente. — Il bambino è robusto e ben conformato.

La regione parotidea sinistra è occupata da una tumefazione, che ha la grossezza di un mandarino e si estende dall'articolazione temporo-mascellare fino a due centimetri al disotto dell'angolo mascellare. Questa tumefaziene, la cui maggior sporgenza apparisce nel mezzo dello spazio compreso fra l'angolo della mandibola e il margine anteriore dello sterno-cleido mastoideo, va gradatamente perdendosi nelle parti circostanti. La cute corrispondente è di colore rosso carico, più calda dell'ordinario, alquanto tesa, edematosa, ma ancora un po' mobile sulla tumefazione sottostante. La quale ha una superficie liscia ed una consistenza elastica in tutte le sue parti. Essa è distintamente fluttuante e gode inoltre di una certa mobilità sulle parti profonde. Se sia dolente, o no, sotto la pressione, non si può assicurarlo, perchè il bambino non ha smesso di piangere dal momento che è entrato nella sala dell'ambulatorio.

I genitori assicurano che esso ha cominciato a dolersi da pochi giorni soltanto, cioè da quando cominciarono le prime note flogistiche nella località, e che i movimenti per la masticazione e per la deglutizione si sono sempre compiuti bene e senza dolore. Nulla di anormale dal lato della cavità orale e della retro-bocca. Il bambino è febbricitante.

Raccolte queste poche nozioni intorno al caso, che mi stava innanzi ed al quale doveva lì per lì provvedere, mi si affacciarono tosto alcuni dubbi sulla natura di questa tumefazione.

Da una parte la precedente comparsa di 2 ascessi nella stessa regione e le note flogistiche attuali m'inducevano ad ammettere una neoplasia inflammatoria, mentre dall'altra parte la spostabilità della cute sulla tumefazione, la mobilità di quest'ultima sulle parti profonde, la sua forma sferica e l'uniformità della sua superficie e della sua consistenza mi facevano credere che si trattasse piuttosto di una neoplasia vera, nel senso clinico, associata a fenomeni flogistici che poteano spiegarsi mediante la cura irritante, alla quale era stata sottoposta per molti giorni.

Nel concetto che si trattasse di un tumore, questo naturalmente doveva essere circoscritto e, poichè fra esso e la cute circostante esisteva uno spesso strato di parti molli, era logico am-

mettere che avesse una sede profonda e che fosse contenuto dentro la loggia parotidea.

La sua fluttuazione, abbastanza distinta, imponeva inoltre per un tumore a contenuto liquido. Ora il tumore fluttuante per eccellenza è la ciste nel senso clinico.

Poteva forse trattarsi di un lipoma, oppure di un mixoma, i quali mentissero la fluttuazione; però, il primo è rarissimo e non so che alcuno l'abbia osservato nella loggia parotidea di bambini, entrambi poi hanno un decorso così lento che non si poteva pensare ad essi nel caso attuale.

Rimasi dunque fermo nel concetto diagnostico di tumore cistico.

Ma quale poteva essere stata la sua origine e qual'era perciò la sua natura? La risposta non era certamente facile.

La ciste più frequente in questa regione è la salivare, la quale è ordinariamente poco mobile, cresce molto lentamente ed aumenta nell'atto della masticazione. Nel caso nostro la ciste era cresciuta abbastanza rapidamente e non subiva alcuna modificazione durante la masticazione. Non doveva essere dunque una ciste salivare.

Per togliermi da ogni incertezza praticai, dopo rigorosa disinfezione della località, una puntura esplorativa, dalla quale venne fuori un liquido limpido e incoloro. L'esame chimico non ho potuto farlo per mancanza di mezzi.

Dopo tre giorni, durante i quali il tumore era aumentato di volume e le note infiammatorie s'erano fatte anche più appariscenti, il bambino fu ricondotto all'ambulatorio.

Allora, dietro consiglio del prof. Bajardi, Direttore della Clinica pediatrica, praticai una larga breccia, mediante la quale penetrai strato a strato fino alla ciste, la quale stava immediatamente sotto l'aponevrosi parotidea.

Da questa breccia, dopo l'uscita di un liquido simile a quello estratto colla puntura esplorativa, fece capolino una membranella di color bianco-opaco, la quale, afferrata con una pinzetta, venne estratta colla massima facilità. Era l'intiero sacco della ciste. Constatato col dito che nella loggia occupata dal sacco cistico non si trovava altro, la si irrigò con soluzione di sublimato 1: 1000, vi si introdusse un tubo da drenaggio e quindi si protesse la ferita con medicatura antisettica.

Il giorno 10 dello stesso mese il bambino era completamente guarito.

Il liquido raccolto dalla seconda incisione fu esaminato accuratamente col microscopio, ma, come nella prima volta, l'esame riuscì affatto negativo.

La membrana aveva i caratteri microscopici di una membrana

idatigena. L'esame microscopico, fatto alcuni giorni appresso, dimostrò invero ch' essa era formata da parecchi strati di una sostanza omogenea-amorfa, separati l' uno dall'altro da linee rette e parallele fra loro. Nessuna traccia di membrana avventizia.

La cisti osservata nel bambino Cecconi era dunque di natura parassitaria e più precisamente una ciste idatidea sterile.

Le cisti idatidee della parotide sono assai rare. Per quanto abbia cercato, nella letteratura non ho potuto trovarne più di tre casi. Inoltre, quello da me riferito credo che sia il solo, che sia stato osservato nei bambini.

E. KLEBS (1) afferma che l'echinococco della parotide è stato riscontrato una volta, ma non dice da chi.

OTTO WEBER (2), a proposito delle cisti parotidee dice: unico è il caso descritto da PALE. In esso un tale tumore pesava 10 libbre; ma poichè è detto che esso conteneva delle cisti con diverso contenuto, così parrebbe che dovesse trattarsi di una colonia di echinococchi nella parotide.

Il Dott. VIEUSSE (3), medico maggiore di 1.ª classe nello spedale militare di Mascara, si accinse ad asportare la parotide in un arabo, detenuto di circa 30 anni, il quale presentava un tumore mixomatoso, che datava da 18 mesi. Durante l'operazione si accorse invece di avere a fare non con un mixoma, ma con una ciste che egli qualificò come idatidea.

Come si vede, il caso di PALE può essere messo seriamente in dubbio, ed in quello del Dott. VIEUSSE manca l'esame microscopico, controllo necessario per una diagnosi sicura.

Il Dott. ADOLFO LENZI (4) ha pubblicato un caso di ciste da echinococco della parotide ch'egli aveva osservato nella Clinica chirurgica di Firenze diretta dall' illustrissimo Professore GIUSEPPE CORRADI.

Si trattava di un uomo di 39 anni il quale, fin dai primi di maggio dell'anno 1883, aveva avvertito un po' al di sotto dell'orecchio destro un nocciolino duro, fisso e indolente.

Siccome questo cresceva un po' alla lesta, così il 10 novembre dello stesso anno l'infermo chiese ed ottenne ricovero nella Clinica chirurgica.

Il Prof. CORRADI, ammessa come probabile una ciste da riten-

---

(1) E. KLEBS—Handbuch der pathologischen Anatomie. Erste Lief. s. 150. 1868.
(2) O. WEBER — v. Pitha u. Billroth. Chirurgie B. d. III. 1 Abth.; 2 Heft. s. 390.
(3) VIEUSSE — Kiste hydatique de la region parotidienne droite simulant une tumeur neoplasique de la glande: ablation de la parotide — Guerison-Gaz. Hebdom. de Méd. et de Chirurgie, 18 Avril 1881.
(4) A. LENZI — Lo Sperimentale. Gennaio 1885.

sione, praticò dalla via della bocca una puntura esplorativa, da cui venne fuori un liquido chiaro, trasparente come acqua e di reazione alcalina.

Il giorno seguente, essendo insorta una forte ed inquietante reazione flogistica nella località occupata dal tumore, venne praticata una incisione di 5 cm. dal lobulo dell'orecchio in giù mediante la quale si aperse la ciste, che era situata dentro la loggia parotidea.

Appena compiuta l'incisione fece capolino dal fondo di essa una membranella a parete sottile, levigata e di aspetto perlaceo, la quale, tirata fuori colle pinzette, apparve essere il sacco di una cisti idatidea.

Il Dott. Lenzi nel riferire il caso fa notare che l'esame microscopico del liquido fu, come nel caso nostro, negativo e che la diagnosi di ciste idatidea non potè farsi se non dopo l'esame della parete cistica.

Nel laboratorio di Patologia chirurgica diretto dal Prof. Bajardi ho avuto l'occasione di esaminare i preparati microscopici appartenenti al caso del Dott. Lenzi e ho potuto convincermi che non vi era alcuna differenza fra la struttura della parete da esso esaminata e quella della ciste estratta dalla parotide del bambino Cecconi.

Nel caso sopracitato del Dot. Vieusse la cisti completò il suo sviluppo in 18 mesi; nel caso della Clinica chirurgica di questo Istituto in poco più di sei mesi, nel nostro invece in circa quattro mesi. Da ciò si può ritenere che la cisti idatidea della parotide in pochi mesi in media può raggiungere un tale volume da procurare vere sofferenze negl'infermi.

Perciò, allorquando potremo con certezza stabilire la diagnosi di tumore cistico della parotide, il decorso rapido tenuto dallo stesso sarà un buon criterio per giudicare della sua origine e della sua natura.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

I. Congresso Pediatrico Italiano tenuto in Roma dal 16 al 19 ottobre 1890

1ª Seduta (*ant. del 16 ottobre*)

Il Congresso fu inaugurato nell'Aula Magna della R. Università alla presenza di circa 100 convenuti dalle varie regioni d'Italia. Il Prof. Giuseppe Somma di Napoli, iniziatore del Congresso, a nome del Comitato Ordinatore, ringra-

ziò gli intervenuti per aver risposto con slancio all'appello del Comitato medesimo. Accennò al frutto che potrà produrre il lavoro del Congresso e i possibili benefizii che potranno scaturirne coll'affermare in Italia lo studio della scienza pediatrica. Ricorda affettuosamente la memoria dei compianti Professori Luigi Somma e Moisè Raffaele Levi a cui va attribuito il risveglio che la specialità risente in Italia, liberandosi dalle pastoie in cui prima era avvinta ed affermandosi a scienza a sè. Delineò quanto doviziosa messe possa e debba ancora raccogliersi su questo terreno: gli ospedali e le cliniche pediatriche, i pubblici ambulatorii, i presepii, gli ospizii marini, le stazioni marittime per i bambini poveri valetudinari, gli istituti per rachitici, quelli di provvidenza per le balie, gli istituti vaccinogeni, le società protettrici dell'infanzia, l'assidua sorveglianza delle scuole, la riforma degli Ospizii di trovatelli, la pubblicazione di buoni libri di igiene infantile, ecc. ecc. Concluse consigliando di non addormentarci sugli allori, e di centuplicare gli sforzi per sostenere dignitosamente la posizione finora guadagnata. L'assemblea applaudì unanimemente.

Il Prof. Rinaldo Roseo, rappresentante del R. Commissario, porta ai congressisti il saluto di Roma che dice onorata di accogliere nel suo seno il Primo Congresso Pediatrico Italiano.

Quindi viene costituito il seggio presidenziale come segue: Presidente Dott. Pio Blasi, Vice presidenti Prof. Somma Giuseppe e Prof. Fede Francesco, a segretario Dott. Luigi Concetti, Vice segretarii D.r Racchi Giovanni e Sabatucci Adriano, Cassiere D.r. David Lupo. Sono poi stati acclamati a Presidente onorario il Dr. Antinori di Napoli e a vice-Presidenti onorari i Dottori Tedeschi di Trieste, Gaita di Milano, Musatti di Venezia, Cervesato di Padova, Boetti di Torino, Bianchi di Firenze, Guelmi di Pavia, Berti di Bologna e Massini di Genova.

I. Relazione

Prof. F. Massei (Napoli) — e Dott. F. Egidi — Roma — *Intubazione della laringe nel crup.*

Il Dott. Egidi (Roma) fa la storia di questa operazione che, inventata dal Bouchut nel 1858, e caduta in oblio per oltre 25 anni, fu rimessa in voga dall'americano O' Dwyer nel 1883. Enumera minutamente i vantaggi e gl'inconvenienti del nuovo metodo, descrive l'apparecchio strumentale, dimostra praticamente l'atto operativo sopra un fantoccio munito di laringe naturale e parla anche degli strumenti che usava il Bouchut nel 1858.

Quindi riporta la statistica dell' intubazione che si riduce a quella americana, essendosi il nuovo metodo eseguito finora su vasta scala in America. Da una statistica ultima del Dillon-Brown in 2,368 intubazioni si ha il 27, 3 0|0 di guarigioni; e da una più modesta europea di 364 casi di difteria laringea curati coll' intubazione che il Ranke di Monaco presentò al Congresso di Berlino, si ha il 38, 3 0|0 di guarigioni.

Il Dott. Egidi, che primo ha praticato l' intubazione in Italia, presenta una statistica propria di 30 intubazioni della laringe, delle quali 27 in bambini e 3 in adulti. Dei bambini 21 furono operati per crup semplice, 2 per crup difterico, 3 per crup in seguito a morbillo. Guarirono 4 solamente, essendosi negli altri verificata la morte per alta infezione generale o per diffusione di processo ai bronchi, quindi per cause indipendenti dall'atto operativo. Il Dott. Egidi, per il giusto valore comparativo, volle fare contemporaneamente all' intubazione 15 tracheotomie

per crup ed ebbe solo 4 guarigioni. Riporta la causa di tanti insuccessi avuti coll'intubazione non al metodo, che può raggiungere lo stesso scopo della tracheotomia, ma ad una speciale condizione, cosmo-tellurica verificatasi in quest'anno in Italia, ad un genio epidemico che decorse fatalmente. Insieme alla statistica del Dott. EGIDI si ha anche quella del MASSEI che, sebbene abbia fatto solo 6 intubazioni per crup, pure ebbe tre splendidi successi.

L'O., prima di terminare la sua parte della relazione, fa delle pratiche osservazioni sopra i suoi casi che per brevità siamo costretti tralasciare.

Sopra lo stesso argomento prende la parola l'altro relatore il Prof. MASSEI di Napoli per trattare del parallelo tra intubazione e tracheotomia nel crup e delle indicazioni della intubazione.

Non potendo seguire il dotto Prof. MASSEI nelle vaste ed erudite considerazioni, ci limitiamo a riportare con dispiacere le sole conclusioni che sono:

1°. La intubazione entra legittimamente nella cura del crup; e forse non esagero nel dire che diventa un dovere il tentarla.

2°. Essa è indicata sempre che gli altri mezzi curativi ordinarii, precedentemente adottati, non valsero a prevenire o scongiurare la laringostenosi, cioè quando, come sino ad ora si è fatto, i medici non prevenuti contro la tracheotomia, indicavano questa.

3°. La intubazione può non bastare nella cura sintomatica, ed allora conviene ricorrere alla tracheotomia; ma certamente parecchie volte la intubazione è riuscita a risparmiare la tracheotomia.

4.° Per queste ragioni, ad accreditare il nuovo metodo ed a salvaguardare la propria responsabilità, conviene ottenere dalle famiglie dei piccoli ammalati, nella pratica privata, il consenso per la tracheotomia, pur riserbandola in caso di bisogno e sempre dopo aver tentata la intubazione.

5°. Se la tracheotomia ha maggiori gradi di probabilità di riuscita quanto più per tempo è fatta, altrettanto può ripetersi per la intubazione; ma *coeteris paribus* la intubazione potrebbe essere tentata anche quando è già troppo tardi per praticare la tracheotomia, ovvero quando la difteria delle fauci ne costituisse una controindicazione; senza dimenticare però, che la introduzione del tubo per le vie naturali in *extremis*, può provocare un arresto della respirazione e la morte istantanea.

6°. Per queste considerazioni, la sfera delle indicazioni è un pò più ampia per la intubazione che per la tracheotomia, ma il momento più propizio per praticarla, è lo stesso.

7°. La intubazione può essere utilizzata come mezzo diagnostico, in talune stenosi delle prime vie, nell'infanzia, di dubbia interpretazione.

8°. Con i progressivi miglioramenti dei tubi endolaringei, è possibile eliminare alcuni degl' inconvenienti rimproverati alla intubazione.

Il MASSEI dopo le conclusioni aggiunge che, come BOUCHUT deve essere grato ad O' DWYER che fece vivere una vita pratica all'eccellente idea del rinomato pediatra francese, noi dovremo esser grati al Dott. EGIDI che pel primo nel nostro paese la praticò e seppe accreditarla.

Comunicazioni

Dott. A. Fortunato (Colobraro). — *Nuovo processo operativo di tracheotomia e corrispondente apparecchio istrumentale.*

Dopo avere enumerato gli inconvenienti che si incontrano coi comuni metodi di tracheotomia anche a processo celere, l'Orat. presenta un suo speciale istrumento e descrive il metodo con cui egli lo adopera. Il tracheotomo si compone di una sonda scanalata metallica grossa come un comune tre quarti, fisso a un manico e terminante con una punta non scanalata e piegata ad angolo retto arrotondato dalla parte opposta alla scanalatura. Nella scanalatura è nascosto un bistori bottonato che, mediante una molla, si tiene unito alla cannula e se ne allontana. Dopo aver fissato bene la laringe e la trachea, si infossa il pungiglione della sonda fra la cricoide e il primo anello della trachea e facendo penetrare nel canale aereo il gomito della sonda conduttrice, col bistori bottonato reso libero si incidono i primi tre anelli tracheali da sopra in sotto. Si ritira il bistori lasciando in posto la sonda per la introduzione della cannula. Questa ha la particolarità di essere rivestita in tutta la sua lunghezza di una camicia elastica alla Trendelenburg la quale, mercè un tubolino di gomma, si può gonfiare in modo da chiudere esattamente lo spazio tra la la camicia, la trachea e i margini della ferita, riuscendo così emostatica e impedendo al sangue versato di entrare nella trachea e sostituendo al contatto della cannula dura quello di un tessuto elastico. La cannula poi è portata da uno speciale conduttore simile a quello del Pean e terminante con una testa di vipera schiacciata lateralmente e con due fori in modo da permettere subito l'ingresso dell'aria.

Il Dott. Egidi teme che il pungiglione possa ferire la parete posteriore della trachea. Rileva poi l'inconveniente che introducendo subito la cannula si trascura la toletta della trachea che deve essere nettata dalle false membrane e mucosità. Presenta in questa occasione un suo strumento che chiama il Catetere bivalve della trachea, con cui si può sostituire la cannula almeno nei primi giorni.

Il Dott. Fortunato risponde che il pungiglione non può giungere alla parete posteriore della trachea per essere lungo metà del suo diametro; e poi trova che il danno sarebbe lieve. Il lume della sua cannula permette facilmente alle false membrane di uscire. E del resto crede che la immediata introduzione della cannula sia necessaria per ristabilire subito la respirazione.

Dott. L. Concetti (Roma). — *Sulla cura della difterite.*

L'O. parte dagli ultimi studii sperimentali di Loeffler, Roux e Yersin, ecc. per stabilire che la difterite è una infezione microbica in cui il microrganismo produce solo e primitivamente l'affezione locale, e che la infezione generale non è che un attossicamento prodotto dallo assorbimento di una ptomaina segregata dal bacillo di Klebs. Egli non crede che finora possediamo mezzi per distruggere in sito il parassita e ciò appoggia con fatti clinici e sperimentali. Così pure non vi è finora un rimedio che neutralizzi la diftero-tossina segregata dal bacillo. Si propone perciò di impedirne l'assorbimento, e questo fa mediante abbondanti e ripetuti lavaggi delle fauci e delle narici. Si serve di un enteroclisma

e di una soluzione borica perchè è dimostrato che con un mezzo acido il veleno perde molto della sua tossicità. Insiste perchè la cura sia attiva e continua facendo passare 2-3 litri di detta soluzione tepida ogni 2 ore tanto di giorno che di notte. Descrive il modo con cui fa tale irrigazione che riesce facile e meno fastidiosa degli altri metodi di cura locali. I risultati ottenutine sono addirittura sorprendenti. Dopo poche irrigazioni cessano tutti i sintomi della infezione generale e non resta che una malattia locale la quale va lentamente dileguandosi. Riferisce di aver usato tale metodo in undici casi di cui alcuni gravissimi, e ha ottenuto dieci guarigioni, mentre l'unico decesso avvenne non per mancata efficacia del metodo ma per una violenta epistassi sopraggiunta quando la malattia si avviava a deciso miglioramento. Sono rarissime le paralisi postume.

Dott. C. Russo (Napoli).—*Sulla cura della difterite laringea.*

L'O. appoggia il suo metodo allo stesso punto di vista del Dott. Concetti. Anche egli irriga abbondantemente e ogni due ore il laringe con una soluzione borica, e si serve all' uopo di un grosso polverizzatore munito di una cannula lunga e ricurva in modo che l' apertura vada a corrispondere nell' apertura glottidea. Oltre al vantaggio di diluire e asportare il veleno difterico, ha anche quello di stimolare dei moti riflessi e l'espulsione delle false membrane. Riporta alcune storie cliniche il cui esito favorevole risponde della bontà ed efficacia del metodo.

Apertasi la discussione su queste due comunicazioni:

Il Prof. Franco mentre conviene sulle indicazioni generali della cura locale, pure crede che talune volte la difterite cominci come infezione generale e cita fra gli altri l' autorità del Prof. Massei. Insiste per la grande ossigenazione.

Il Prof. Massei dice che dopo gli ultimi lavori in proposito ha modificato le sue idee e crede che la difterite sia sempre una malattia primitivamente locale e che contro la località vadano dirette presto ed energicamente le cure. Non crede che vi sia un rimedio, ma un metodo. Dà gran valore alla antisepsi dell'ambiente.

Il Prof. Bonaoente conferma i buoni risultati ottenuti colle continue lavande nella difterite congiuntivale. I Dottori Guaita, Fede, Bianchi, Pavone, appoggiano le idee espresse dai Dottori Concetti e Russo. Il Dott. Nasi teme che le cure locali troppo frequentemente ripetute stanchino e irritino il bambino. Il Dott. Concetti assicura che invece dopo le irrigazioni i bambini si calmano, e riprendono il loro sonno.

2ª Seduta (*p. m. del 16 ottobre*)

Dott. F. Egidi (Roma). — *Progetto di padiglioni per cruposi.*

Lo scopo di questi padiglioni, è di isolare i bambini affetti da una malattia eminentemente contagiosa, e di avere un sito ove facilmente possa compiersi e a tempo la tracheotomia. Il padiglione occupa un area di 120 m. q., è a un solo piano e si eleva dal suolo per un metro e mezzo. In una galleria centrale si aprono 6 porte che danno adito a 6 camere di cui le due più vicine all'ingresso servono pel medico e per la guardia. Le altre contengono ciascuna due letti. In fondo alla galleria vi è un'altra piccola galleriola a cristalli per cui si accede alla sala d'operazione. Vi è annesso un adatto ed economico sistema di riscaldamento e ventilazione.

Dott. U. Stampa (Roma).—*Dell'idro-elettro terapia in alcune malattie dell'infanzia.*

L' O. propone di sostituire all' applicazione delle correnti elettriche faradiche o galvaniche i bagni idro-elettrici, che specialmente nei bambini sono molto meglio tollerati. Preferisce il bagno bipolare facendo pescare nell'acqua ambedue gli elettrodi. Riferisce i buoni risultati ottenuti nelle paralisi infantili con già incipiente atrofia muscolare, nell'enuresi notturna e nel rachitismo che egli riporta ad una trofo-nevrosi. Accenna alla migliorata nutrizione dei bambini che vi furono sottoposti.

Prof. A. Guelmi (Pavia).– *Sulla sifilide da allattamento e sua profilassi.*

Dopo aver ricordato i segni della sifilide ereditaria accenna ad alcune forme cutanee eczematose ed impetiginose la cui natura sifilitica non è sempre facilmente diagnosticabile. Ritiene che la sifilide ereditaria può manifestarsi anche dopo il 3°. mese di vita estrauterina e ne cita un caso in cui comparve al 6°. mese. Questi fatti rendono più facile la diffusione della sifilide dai bambini alle nutrici. Esamina la circolare ministeriale 5 nov. 1887, e crede non realizzabile la ingiunzione che si fa di esigere la dichiarazione che la madre sia o no affetta da sifilide, specialmente quando si pensi che moltissimi dei bambini esposti sono illegittimi. Si potrebbe ciò ottenere dalle levatrici quando però queste venissero istruite sulle malattie sifilitiche. Anche più inattuabile è l'altro provvedimento di obbligare la madre di un bambino sifilitico, o sospetto, di allevarlo. E se la madre non si conosce? Così pure, l' obbligo che si fa alla nutrice di presentare il bambino al medico ogni 15 giorni, presenta non minori difficoltà pratiche e non garantisce assolutamente. Forse sarebbe meglio che all' apparire di una manifestazione sospetta la nutrice conducesse il trovatello allo stabilimento centrale per la visita. La proposta fatta da alcuni di tenere gli esposti nel brefotrofio per 3 mesi non può accettarsi. I bambini sospetti potrebbero tenersi al brefotrofio munendo la nutrice di un capezzolo di gomma. I sifilitici e i gravemente sospetti debbono essere allattati artificialmente, o da una balia sifilitica.

Il Dott. Boetti ha veduto la sifilide ereditaria comparire in epoca. molto al di là del 3°. mese.

Il Prof. Di Lorenzo osserva che la patologia ha stabilito che dal 1° al 2°. mese le forme ereditarie di sifilide sono molto più frequenti, ma non che si manifestano esclusivamente in detta epoca.

Dott. A. Titomanlio (Napoli). — *Sull' aumento della sifilide ereditaria nell' Ospizio dell' Annunziata di Napoli in rapporto ai nuovi ordinamenti sanitarii.*

L'O. esamina un periodo di tempo che va dal 1887 al Giugno 1890, e dimostra con molti dati statistici come dopo l' abolizione della visita sanitaria obbligatoria delle prostitute la sifilide ereditaria sia enormemente aumentata nel brefotrofio di Napoli, e che questo aumento è in massima parte dato dagli esposti illegittimi della città di Napoli, mentre di poco va a carico degli esposti legittimi o dei provenienti dalla campagna. Da questo solo fatto si può arguire quanta più grande debba essere

l' aumento della sifilide nelle prostitute, se si pensi alla loro poco prolificità e agli aborti e parti prematuri che si hanno nelle sifilitiche. E questo aumento sta in rapporto con quello che si è verificato nei militari fra cui la sifilide in quest' ultimo triennio è più che triplicata, almeno tenendo conto dei soli entrati nell' ospedale del presidio di Napoli. Ma oltre all' aumento del numero dei trovatelli affetti da sifilide ereditaria, si è osservato che questa negli ultimi tempi si è mostrata di una gravità che non ha riscontro cogli anni precedenti, e questa gravità risulta dalla precocità con cui si manifesta, dall'insieme dei sintomi e dalla loro moltiplicità; dalla resistenza a qualsiasi trattamento, e finalmente dalla enormemente aumentata mortalità. L'O. termina coll'attribuire questi gravi fatti all'abolita sorveglianza sanitaria della prostituzione, ed è di opinione che ove non si torni ai provvedimenti voluti, essi prenderanno proporzioni sempre più gravi.

Il Dott. Pavone mette in rapporto l'aumento di mortalità nei brefotrofi coll'aumento dei sifilitici in esso raccolti. Questi, oltre alla malattia che li mina, han contro le condizioni igieniche (stanziamento nell'ospizio, allattamento artificiale). Fa voti perchè la legge sulla polizia dei costumi venga modificata o abolita.

Il Dott. Felici porta la statistica del Brefotrofio di Roma anche essa spaventevole. Invoca l' istituzione di padiglioni speciali o delle speciali stazioni in campagna.

Il Prof. Fede crede che la questione meriti ancora di essere studiata. Crede che l'atrofia sifilitica non dipenda tanto dalla sifilide direttamente quanto dalla alimentazione. Ha veduto molti bambini sifilitici bene allattati crescere su bene. Egli propone che la questione sia posta allo studio per il prossimo congresso.

Il Dott. Nasi richiama l' attenzione sulle placentiti sifilitiche come causa di atrofia nei bambini, diminuendo la parte che viene attribuita all'allattamento artificiale.

I Dottori Ruggieri e Di Lorenzo propongono che il Congresso formuli un voto da presentarsi alle Autorità.

Il Presidente conferma come nei brefotrofi la sifilide sia in questi ultimi anni di molto aumentata. Ma fa riflettere che un'altra circostanza può concorrervi oltre alla nuova legge sulla polizia dei costumi. Accenna infatti ad una circolare emanata dal Ministero dell' Interno con cui si impone ai medici condotti una assidua sorveglianza sugli esposti dati a balia in campagna e un pronto rinvio al luogo di provenienza di quelli che offrono manifestazioni sospette di sifilide. Da ciò si potrebbe spiegare il contingente maggiore dei sifilitici venuti e morti nei brefotrofi. Crede perciò che la questione debba ancora essere ulteriormente studiata.

Il Dott. Baculo presenta un ordine del giorno per cui si stabilisca che nel prossimo congresso si discuta quale importanza abbiano avuto in Italia i nuovi ordinamenti sanitarii in rapporto alla diffusione della sifilide ereditaria.

Il Dott. Titomanlio risponde che egli ha parlato di quell'atrofia congenita che è dovuta indubbiamente alla sifilide e prima che vengano in scena altre cause. L'allattamento artificiale poi, se è una causa di accresciuta mortalità nei sifilitici, esisteva anche negli anni precedenti in cui essa mortalità era minore. All'osservazione poi del Presidente fa notare come l'aumento da lui osservato è dovuto quasi esclusivamente agli illegittimi della città, e perciò non spiegabile col rinvio dalla campagna di quei sifilitici che prima vi si ritenevano.

Il Congresso approva a grande maggioranza l' ordine del giorno del Dott. Baculo.

Prof. M. Schellingo (Roma). — *Sulla profilassi della cecità dei neonati.*

Causa della cecità dei neonati è quasi sempre la congiuntivite purulenta non curata a tempo e a dovere. Il regolamento per l'esercizio delle levatrici prescrive di lavare le palpebre e i dintorni degli occhi con una soluzione antisettica e di chiamare subito il medico ai primi sintomi di infiammazione oculare. Siccome però non tutte le levatrici ottemperano a ciò , sarebbe bene che in ogni municipio ai parenti che vanno a registrare la nascita di un bambino si dispensasse un avviso a stampa contenente istruzioni sui sintomi e sulle conseguenze della malattia.

3ª Seduta (*ant. del 17 ottobre*)

II.ª Relazione

Prof. G. Somma (Napoli) — e Prof. Fr. Fede (Napoli). — *Dell'anemia splenica infettiva dei bambini.*

Il Prof. Somma comincia con un accurato esame storico della malattia distinguendo il primo periodo di semplice osservazione (Gretsel, Friedrich, Pasquali, Gerhardt, Henoch) e il secondo di vero studio (Cardarelli, Luigi Somma, Fede, Di Lorenzo). Espone una casuistica propria di 12 osservazioni e clinicamente distingue: 1.° una forma febbrile cronica, in cui i tre caratteri essenziali sono: il colorito bianco cereo della pelle, il tumore splenico talora enorme e la febbre ostinata a tipo indeterminato, per lo più intermittente quotidiano: 2°. la forma afebbrile cronica in cui manca la febbre, ma il tumore splenico è più sviluppato e più duro con tumefazione pure del fegato, e sono facilissimi varii flussi emorragici: 3°. la forma cronica con ricorrenti accessi febbrili, la quale più facilmente suole scambiarsi coll'infezione malarica, e in cui la milza subisce aumenti più o meno notevoli di volume col ricorrere degli accessi febbrili. L' esito più frequente di questa malattia è infausto per l' esaurimento e le complicazioni e successioni morbose. La cura principale è affidata all' igiene. Tra i farmaci l' O. ha avuto vantaggi dalla resorcina, pochi dall'arsenico e dal mercurio, meno ancora dalla chinina, dal ferro, dall' idroterapia , dall' elettricità, dalle inalazioni di ossigeno. La splenectomia è stata con vantaggio praticata dal D'Antona e l'O. non rifiuterebbe ricorrere a questa grave operazione quando i mezzi terapeutici mostrassero di fallire.

L'anemia splenica attacca prevalentemente la prima età. La sua natura non è ancora rigorosamente determinata. Ma tutto fa ritenere che sia dovuta a un microrganismo patogeno. La durata della malattia varia da 8 mesi a 3 anni e anche più.

E le conclusioni a cui giunge l'oratore sono le seguenti:

1) L'anemia splenica infantile, o la pseudo-leucemia splenica come da altri fu designata, costituisce una malattia prevalentemente dell'infanzia, assai più frequente di quello che ordinariamente si crede, L'età adulta per altro non ne viene esclusa ; ma in tali rincontri è abbastanza

ovvio il constatare che l'origine della affezione rimonti del pari alla prima età della vita;

2) Ignorata o sconosciuta dai clinici fino ad un tempo a noi abbastanza prossimo, entrò nel dominio della moderna patologia per opera soprattutto di Antonio Cardarelli, Luigi Somma e Francesco Fede.

3) Essa è caratterizzata da una forma classica e spiccata di anemia grave progressiva, associata ad una imponente e cronica ipertrofia della milza che, per i suoi speciali caratteri, non ha riscontro negli altri morbi;

4) Clinicamente si estrinseca con un treno complesso di fenomeni patognomonici ed accidentali. I primi, o necessarii, sono immancabili in ogni forma nosografica del morbo, i secondi fanno a questi corredo, ma possono benanche far difetto;

5) In tutto il suo ciclo evolutivo, tre periodi per l'ordinario la distinguono, che sono: periodo di esordio, periodo di sviluppo o di stato, periodo di cachessia;

6) Tre forme principali, finora note, può assumere alla culla dell' infermo, cioè: la forma cronica febbrile, quella cronica afebbrile e la forma cronica con ricorrenti accessi febbrili;

7) La natura vera del processo, in buona patologia costituisce ancora un'incognita. Però, dalle investigazioni finora compiute col moderno indirizzo sperimentale sembra potersi ritenere, come cagione patogenica dell'affezione, un microrganismo patogeno che, introdotto nell'organismo, trovi per adeguato terreno di cultura la compage splenica, dalla quale versandosi nel torrente circolatorio, vada infine a determinare tutta quella miriade di alterazioni anatomiche e funzionali degli organi che completano il quadro clinico.

8) Offre un corso decisamente cronico, con una durata variabile dagli otto mesi fino a tre anni, non mancando pure dei casi nei quali questa può estendersi indeterminatamente fino all'età adulta;

9) Ed a tre pure si riducono gli esiti a cui può dar luogo la malattia; ed essi sono, l'esito letale, che è forse il più frequente fra tutti; il passaggio allo stato cronico *prolungato*, che può protrarsi fino all'età adulta; ed in ultimo la guarigione completa che deplorevolmente assai di rado si avvera;

10) Ha prognosi quindi riservatissima ed una cura che, lungi dall' essere patogenica, tende soltanto a medicarne i sintomi. La indicazione stessa della splenectomia è ancora sul terreno della discussione. Volendola rigorosamente attuare, fa d'uopo prescegliere il primo periodo dell' affezione, tanto per scongiurare, con le maggiori probabilità, l' esito infausto della grave operazione.

Il prof. Fede Francesco riferisce sull'anatomia patologica, sull'etiologia e patogenesi dell'anemia splenica infettiva.

Ricorda le sue varie pubblicazioni dal 1887 al 1890 sull'importante e non ben nota malattia, e l'ampia discussione tenuta dopo sua relazione col prof. Cardarelli all'Accademia medico-chirurgica di Napoli, e la comunicazione da lui fattane al Congresso della Associazione medica a Padova: ma trova giusto il pensiero del Prof. G. Somma di tornarvi or sopra, sia perchè lo richiede il singolare morbo non ancora sufficientemente conosciuto, sia per le nuove contribuzioni, sia perchè nel primo Congresso pediatrico tenutosi in Italia doveva affermarsi la nozione storica, nosografica, scientifica di questa patologica condizione infantile, che si può dire quasi tutta osservazione, studio, ricerca, scienza italiana, e ciò confermano i nomi del Cardarelli, del Somma L., del D' Antona, del Fede.

Quanto all'anatomia patologica accenna ad un caso del CARDARELLI, nel quale la ricerca della milza e del fegato fatta dal Prof. ARMANNI rinvenne le note della pseudo-leucemia. E poco si hanno reperti necroscopici. Rileva il fatto che salvo la denutrizione, l'anemia, le possibili complicanze, non si riscontrano molti organi lesi, e le glandule linfatiche sono normali o poco ingrandite. Accresciuto è il volume del fegato per dilatazione vasale, inspessimento connettivale, rigonfiamento torbido e degenerazione grassa delle cellule epatiche. La vera alterazione è della milza grande, grandissima, fin oltre l'ombelico, fin entro la cavità del bacino, alquanto dura, levigata, colorita in rosso oscuro, con ispessimento del connettivo, iperplasia del parenchima così della polpa come dei corpuscoli del MALPIGHI. Lo esame del sangue mostra la oligocitemia, l'oligocromenia, la poichilocitosi; globuli rossi da 3,340,000 ad 1,332.500 (globulimetro Thoma Zeis) emoglobina da 45 a 25, (emoglobinometro del Fleisch).

Contro la osservazione del JAKSCH, non ha trovato il gran numero dei leucociti talvolta come nella leucemia, o al più un globulo bianco per 68 rossi, mancando davvero i globuli eosinofili.

Sulla etiologia, patogenesi e determinazione della malattia, l'O. non può camminare speditamente, e sulla parte batteriologica, sperimentale e dottrinale non si è detto ancora l'ultima parola. Il morbo è sicuramente infettivo, ma non si può affermare sicuramente la conoscenza dei microbi che lo producono. Il professor D'ANTONA rinvenne in un caso un bacillo non patogeno sugli animali, il FEDE in quattro casi ottenne sempre micrococchi, le cui inoculazioni a canetti e giovani conigli furono positive, determinando però notevole anemia, ma non ingrandimento della milza. Aggiunge che nelle successive ricerche non ha rinvenuto costantemente il solito micrococco, ed invano ha fatto altra maniera d'indagini cercando anche plasmodi nei globuli rossi. Accenna pure a batterii rinvenuti nel sangue di un bambino leucocemico che aveva soli 943,333 globuli rossi, con la proporzione di 2 bianchi per 10 rossi, pei quali batterii pur simili per forma ad altri già descritti in casi simili negli Istituti di SILVESTRINI e di PASTEUR non concorreva tanto a dichiararli produttori del morbo speciale. Bisogna dunque in queste ricerche procedere assai lentamente, affermare con riserva, ed attendere conferma massime da altri sperimentatori ai risultamenti ottenuti. Nondimeno il morbo che si espone è sicuramente di natura infettiva, ma l'A. ritiene una infezione speciale, non la pseudoleucemica, massime per la forma cronica e l'esito già rilevato dall'altro relatore.

Nemmeno sull'etiologia si possono dare sicure e sufficienti notizie. Si suole osservare la malattia da pochi mesi a parecchi anni, assai più nel primo, ed i maschi affetti sono oltre il doppio delle femmine. Di 64 casi raccolti 35 erano nel corso del primo, 19 del secondo e 10 di più anni; e di questi stessi 46 maschi, 18 femmine. Momenti etiologici speciali sicuramente non vi sono. Si è invocata la sifilide ed il rachitismo, che di sicuro non si possono ritenere quali momenti patogenetici dell'anemia splenica infettiva. Si conoscono alcuni casi di milza grandissima guariti col mercurio, ma in essi si doveva trattare davvero di sifilide. In altri si è osservata la rachitide nei genitori, ed assai più nei pazienti, e pure si può dire soltanto che questa ed altre depauperanti condizioni dei genitori e dei già nati non possono che preparare il terreno di cultura ai microbi che determinano la speciale malattia. E questo concetto viene avvalorato da un fatto assai singolare, rilevato specialmente dal CARDARELLI, la determinazione di questa malattia in parecchi bambini della

stessa famiglia, ora due, ora tre, fino sei; spesso senza notevoli antecedenti nei genitori.

L'A. conchiude facendo voti che si abbia più fede nelle cure toniche di chinina, di ferro, di arsenico, insieme alla regolata e perfetta lattazione ed alimentazione; e ricorda parecchie guarigioni specialmente degli ultimi anni.

Il Dott. PAVONE crede che le denominazioni anemia splenica infettiva e pseudo-leucemia splenica si equivalgano. Ricorda che un medico omeopatico di Napoli il Dott. CIGLIANO pel primo parlò di tale affezione i cui caratteri erano una profonda anemia, il tumore splenico e a cui attribuiva carattere infettivo e contagioso. In alcuni casi dall' O. osservati il risultato dell'esame batterioscopico fatto anche sul cadavere riuscì negativo. Nelle urine ha trovato diminuita l'urea.

Il Prof. DI LORENZO non crede che nella etiologia dell' anemia splenica possa figurare la sifilide e la malaria: forse più il rachitismo. Ritiene che la malattia descritta dal CIGLIANO debba ritenersi di natura diversa.

Il Prof. SONSINO non ha mai osservato tale malattia a Pisa; ne ha visto però nell' Albania, in Palestina e nell' Egitto. Non sa se dovevano riferirsi piuttosto ad altre cachessie già conosciute, specialmente la malarica. Nella malattia di Hodgkin ove sono interessate di preferenza le glandole linfatiche si tratta di una stessa malattia con diversità di sede? In un caso da lui osservato insieme al Prof. MAFFUCCI furono trovati microrganismi che non avevano caratteri speciali ma che dovevano portarsi agli ordinari piogeni. Finalmente domanda al Prof. SOMMA come mai ritenendo la malattia di natura infettiva possa porre tanta fiducia nella splenectomia.

Il Dott. GUIDA ha fatto uno studio sulla diagnosi differenziale fra diverse forme morbose del sangue nei bambini: leucemia, pseudo-leucemia, ed anemia splenica infettiva. Il nome pseudo-leucemia non deve essere usato per indicare l'anemia splenica infettiva poichè si tratta di due forme morbose distinte. La prima è rara nell'infanzia, mentre la seconda è quasi esclusiva della medesima.

Il Dott. TITOMANLIO osserva che molti casi sieno stati erroneamente descritti per anemia splenica. Egli ne ha osservati alcuni che poi dovettero riportarsi alla sifilide.

Il Dott. FALCONE stando ai risultati anatomo-patologici crede non sia difficile differenziare un tumore di milza sifilitico, in cui la proliferazione si fa a carico del tessuto trabecolare, da quello dell'anemia splenica, in cui l'ingrandimento succede a carico degli elementi vascolari.

Il Dott. BACULO richiama l'attenzione sui rapporti che corrono tra la milza e il midollo delle ossa. Nei pseudoleucoemici in quali condizioni si trova questo? E ciò a proposito della splenectomia come indicazione terapeutica. Se il midollo delle ossa è leso essa darà ben pochi risultati, se sarà integro l'indicazione potrà essere giusta.

Il Dott. CONCETTI, a proposito dei dubbi elevati sulla possibile confusione tra anemia splenica e malaria ora non li crede più fondati dal momento che un semplice esame del sangue può far vedere se esiste o no il plasmodium malariae. In un caso che egli ne ha attualmente all'ospedale del Bambino Gesù questa ricerca è stata sempre negativa.

Il Presidente Dott. BLASI ricorda che il Prof. SOMMA, parlando della fenomenologia dell'anemia splenica infettiva ha fatto cenno di soffi endocardici anche in bambini di pochissima età. Ora siccome nelle anemie dei bambini il soffio endocardico raramente esiste, potrebbe esso fatto costituire un carattere di diagnosi differenziale importante.

Il Prof. Somma, per quanto divida l'opinione del correlatore Prof. Fede che non tutti i casi di anemia splenica sieno letali, ciò non pertanto crede che la prognosi debba essere sempre riservatissima. È di parere che i casi descritti dal Cigliano non debbano riferirsi all'anemia splenica infantile. Riguardo all'osservazione fatta dal Prof. Sonsino sulla indicazione della splenectomia risponde che, ritenendo l'anemia splenica probabilmente per un processo da infezione a base di un microrganismo patogeno, giudica essere la milza il focolaio donde poi partirebbe l'infezione generale. Perciò la splenectomia potrebbe costituire la cura causale e razionale. A ciò darebbero ragione i successi sempre ottenutine. Risponde poi al Dott. Blasi che i soffi arteriosi ed endocardici non sono molto frequenti, e lo sono tanto meno quanto minore è l'età del bambino. Egli ritiene che gli accennati fenomeni cardiaci, quando esistono, stiano in rapporto collo stato di anemia in genere e non debbano ritenersi come patognomonici della forma splenica infettiva.

Il prof. Fede F., rispondendo alle varie osservazioni a lui fatte, dice che rilevò perfettamente la parte che spetta al compianto L. Somma nello studio di questa malattia, e che le ricerche batteriologiche furono da lui tentate prima del prof. D'Antona. Non ignora la memoria del Cigliano *sulla Leucoemia lineale*, e l'ha trascurata prima perchè mostra occuparsi di esclusiva leucemia; e poi perchè non sa accogliere certe affermazioni, come la guarigione ordinaria con la cura omeopatica, e nella ricerca del sangue il campo del microscopio ingombro di globuli bianchi, con difficoltà a riconoscervi taluno rosso! ed in un caso quattro o cinque globuli rossi su 300 bianchi!

Le urine furono quasi sempre esaminate e trovate anemiche.

I casi osservati dal Sonsino in Oriente sembrano di questo morbo; e non è giusto sconoscere l'importanza della estirpazione della milza, solo perchè si tratta di morbo infettivo. La infezione pare aver sede principale ed origine dalla milza, come ha dimostrato il caso del Prof. D'Antona.

Contro il concetto della sifilide ha per lui risposto il Falcone, adducendo la diversità delle speciali lesioni, e lo ringrazia; ed al Concetti riafferma la ricerca dei plasmodi nel sangue riuscita invano.

Accerta da ultimo il sig. Presidente di aver talvolta osservato il soffio anemico al collo, e promette continuarne la osservazione.

Dott. S. Marano (Salerno).—*Encefalo-cele occipitale congenito.*

Si trattava di un tumore impiantato nel mezzo della regione occipitale in una bambina a 5 mesi, sei centimetri sopra la nuca, della circonferenza di 8 centimetri, pieno in gran parte di liquido comunicante colla cavità cranica. Dopo vuotato il liquido si avvertì nel centro dell'occipite un foro grande poco più di un pezzo di 5 lire, da cui faceva ernia una massa pastosa elastica (cervelletto) che fu ridotto colle dita. Poi suturata la superficie di impianto del tumore questo fu escisso. La bambina è guarita e la parte fu poi garantita con una piastra di stagno ovattata. Il liquido estratto fu un litro e mezzo. La massa del tumore asportato pesava grammi 470.

Il Dott. Nota ha avuto casi consimili operati o con la legatura elastica, se peduncolati, o collo spaccamento. Non crede che questa operazione sia molto pericolosa.

Il Dott. Celli consiglia operare più tardi possibile perchè il foro tende a chiudersi e allora l'operazione è più facile.

Prof. C. Marocco (Roma). — *Anomalia di sviluppo degli organi genitali femminili.*

La costatazione di alcune anomalie nella prima età può riuscire profilattica ed impedire alcuni inconvenienti che spesso si verificano nelle relazioni sessuali. Raccomanda anche nelle bambine l'esame rettale. Presenta una bambina di due anni in cui mancano o sono appena accennati gli organi genitali esterni, e in cui l'esame del retto fa sospettare la mancanza dell'utero. Presenta poi un preparato in alcool appartenente a una bambina nata settimestre e morta dopo 5 giorni. Mancavano i genitali esterni. Un piccolo foro sott-pubico dava esito a urina, meconio e muco. Gli ureteri si fondevano a due centim. dalla pelvi renale. Mancava l'ultimo tratto dell' intestino che sboccava nella parte alta della vagina. Vi era pielo-nefrite bilaterale che reputa avvenuta nella vita estrauterina. Le trombe avevano decorso spirale.

Il Dott. Blasi crede che quel processo di pielo-nefrite possa riportarsi alla vita intrauterina perchè non gli sembra possibile che nei pochissimi giorni in che visse la bambina siasi potuto determinare una lesione tanto avanzata.

Il Prof. Marocco promette di studiare il pezzo microscopicamente per dilucidare tale questione. Non rinuncia però alla sua opinione per la grande quantità di pus raccolta nella pelvi e negli ureteri, e perchè nessun altro organo si mostrò malato.

Dott. R. Guaita (Milano). — *Di una non rara causa di morte imprevista nei bambini.*

Come risulta dalle osservazioni (sei) dell'O. essa consiste nel rapido insorgere di una nefrite parenchimale infettiva in seguito ad eczema semplice o impetiginoso del cuojo capelluto e della faccia. Questo fatto non è stato rilevato da alcuno, eccetto il Ferreira (1888). Bisogna ammettere speciali rapporti etiologici fra queste lesioni della pelle e i fenomeni nefritici, e questi rapporti probabilmente sono di natura infettiva.

Il Dott. Giarrè ha osservato anche egli un caso simile nella clinica di Baginski. All' autopsia si trovò sinovite purulenta delle articolazioni radio-carpiche e nefrite parenchimatosa acuta bilaterale. Baginski fece diagnosi di setticemia forse secondaria alla suppurazione locale dell' intertrigo.

Il Dott. Concetti ne ha visti due casi simili. In uno si trattava di eczema impetiginoso della faccia e cuojo capelluto in piena suppurazione; nel secondo la sede era al dorso ma in via di essiccamento. La morte avvenne rapidamente con anuria, edemi, coma e convulsioni.

Dott. V. Massini (Genova). — *La Pediatria nella poliambulanza delle specialità di Genova.*

Espone una casuistica di circa duemila bambini tra cui degno di nota un caso di isterismo con sonnambulismo, nevralgie e forte midriasi da paralisi dello sfintere e crampo del dilatatore della pupilla. Insiste sull'uso dell'oftalmoscopio nelle malattie endocraniche: nei casi di macrocefalo per rachitide esso esame sarà negativo, mentre nella macrocefalia da idrocefalo cronico mostrerà vascolarizzazione aumentata nella retina e nella papilla del nervo ottico.

Prof. A. Bianchi (Firenze).—*Sulle applicazioni dell'ascoltazione stetoscopica comparata e della percussione in pediatria.*

L'ascoltazione stetoscopica consiste nel fare pervenire all'orecchio le onde sonore prodotte dalla percussione in un viscere. L'apparecchio consta di un comune stetoscopio che mercè di due tubi di gomma si applica alle orecchie. Esso si appone sul centro del viscere bene premuto sulla cute, e intanto si prattica la percussione dolcemente col dito, in modo centripeto. Con ciò si ottiene l'area esatta coperta e scoperta di tutti i visceri, l'area esatta del contenuto liquido dei visceri cavi e il suo spostamento. Con questo metodo non si è disturbati dalle grida del bambino. Dall'esame del contenuto gastrico si può studiare il tempo impiegato per la digestione del latte e regolare così il tempo delle successive poppate. Si avrà con esso un criterio per la diagnosi di sifilide congenita potendo limitare esattamente l'area splenica che nei sifilitici è ingrandita. L'ascoltazione comparata poi si fa ponendo due stetoscopi nei punti in esame e i rispettivi tubi di gomma nei condotti uditori. Dà ottimi risultati nelle ricerche comparative sui rumori della respirazione e della circolazione.

Dott. G. Guidi (Firenze).— *Della pseudo-pertosse.*

L'O. segnala alcune tossi che per la forma parossistica spasmodica degli accessi si possono confondere colla pertosse, ma che ne diversificano per alcune modalità e specialmente per la patogenesi, e che egli raggruppa sotto il nome di pseudo-pertosse. Egli ne ha osservati molti dopo la epidemia dell' Influenza che a sua volta era stata preceduta da una epidemia di vera pertosse. Anche clinicamente però la pseudo-pertosse ha alcuni caratteri per cui si può distinguere: gli accessi sono di breve durata, più frequenti di giorno che di notte, il vomito è raro, l'esame del petto dà segni di affezioni catarrali più o meno intense e diffuse, è abbastanza frequente anche negli adulti (22 0[0), mancano le forme emorragiche, l'espettorato non è filante, ma catarrale bianco-giallastro, e non contiene il bacillo di Afanasieff. In 5 autossie pratticate non si trovò nessuna lesione faringo-laringea. La cura deve essere fatta a base di antispasmodici (bromuri) e di balsamici. La cura locale che l'O. prattica con vantaggio nella pertosse vera qui si è mostrata dannosa.

Il Dott. Giarrè conviene che molte tossi possano avere una analogia colla tosse convulsa benchè determinate da cause molteplici, ma non crede necessario farne una entità morbosa a sè. È naturale che venuta la pertosse a bambini malati per affezioni polmonari l'esame fisico e quello dell'espettorato sieno diversi da quello della semplice pertosse. Così pure non riconosce molto valore al reperto betteriologico ancora infido, nè a quello terapeutico variabile con i varii osservatori e colle varie epidemie.

Il Dott. Pesa ricorda alcuni suoi lavori in cui sarebbe dimostrata la grande efficacia che ha la vaccinazione nella cura della pertosse (batterioterapia ?).

Il Prof. De Bonis raccomanda di procedere molto cauti nel tirare conseguenze dagli studii batteriologici. Egli ha fatto molte inoculazioni col metodo di Letzerich e Afanasieff, ma sempre negative. Le sue osservazioni personali poi fanno negare alla vaccinazione qualunque influenza sulla pertosse.

Il Dott. Guida ha isolato un piccolo bacillo di natura sporifero trovato

solo negli espettorati di bambini affetti da pertosse; ma le inoculazioni fatte con esso nel laringe e nella trachea di cavie, cani e conigli sono state sempre infruttuose.

Il Dott. Titomanlio crede che l'unico criterio per distinguere la vera pertosse dalle forme analoghe sarebbe il criterio etiologico (microrganismo).

Il Prof. Fasano cita due casi a lui occorsi in cui si trattava di pseudo-pertosse da ipertrofia della mucosa nasale che escissa portò la pronta guarigione. Anche egli non crede all'efficacia della vaccinazione.

Il Dott. Guidi risponde che non ha voluto fare della pseudo-pertosse una entità morbosa, ma che ha voluto richiamare l' attenzione su alcune forme simili e sui criteri di diagnosi differenziale.

Dott. A. Cuomo (Napoli).—*Idrocefalo cronico e Rachitismo cranico considerati dal lato clinico ed oftalmoscopico.*

L' O. fa un quadro parallelo fra l' idrocefalo cronico e il rachitismo del cranio facendone risaltare le differenze tanto per ciò che riguarda l'apparenza esteriore quanto per ciò che riguarda la funzionalità del cervello. Insiste molto sulla utilità dell' esame oftalmoscopico e mette in evidenza i dati differenziali fra le due forme morbose.

Prof. G. Boetti (Torino). — *Nota statistica sull' Ospizio esposti di Torino.*

Comincia col dimostrare la notevole diminuzione di mortalità che si ebbe nel Brefotrofio dopo che fu separato dalle sale di maternità, e ciò per il diminuito numero dei morbi infettivi. Fa vedere l'utilità di sussidiare le madri per allevare in casa i loro bambini. L' allattamento artificiale non è mantenuto che per i sifilitici. Ha trovato dannoso vaccinare i bambini nelle prime epoche della vita: ora si prattica dopo il 3°. mese. Si ferma sulla sifilide ereditaria e sulla sifilizzazione delle nutrici per mezzo dei bambini infetti. Fin dal 1885 le nutrici così infettate vengono ricoverate in una apposita sala dell'ospizio e curate unitamente ai bambini. La comparsa della sifilide ereditaria spesso è tardiva: 54 bambini, ammessi perfettamente sani all'apparenza, presentarono più tardi sintomi di sifilide e infettarono 31 nutrici. Talora nella madre non si riscontrano i segni della sifilide: su 33 bambini provenienti dalla maternità e nei quali più tardi si sviluppò la sifilide ereditaria, solo 9 vennero indicati come provenienti da madre sifilitica: le altre 24 madri non presentavano segni di sifilide. La sifilide ereditaria in genere resiste ai mezzi di cura anche energicamente applicati.

Dott. G. Berti (Bologna). — *Contributo allo studio della funzione urinaria del neonato.*

L'O. ha fatto le sue osservazioni su 28 neonati raccogliendo le urine con un metodo molto esatto. Le conclusioni che ne trae sono le seguenti: 1°. L'urina va rapidamente crescendo nei primi 6-7 giorni per rallentarsi poi o arrestarsi; 2°. dalla quantità dell'urina emessa il 1°. giorno non si può trar norma su quella dei giorni successivi: 3°. Lo stato di non maturità, la debolezza, il mughetto, la diarrea diminuiscono il volume quotidiano dell'urina: 4°. Entro limiti abbastanza distanti non esiste pro-

porzione stabile fra la robustezza del neonato rappresentata dal peso di nascita e la quantità di urina giornalmente emessa: 5°. Sembra esservi prevalenza del volume dell'urina emessa nelle ore diurne sopra quello delle urine emesse nella notte, specialmente al di là del 4.°—5°. giorno.

Dott. R. Sarra (Matera). — *L'ascite acuta nei bambini.*

Dopo avere accennato a varii casi con esito in guarigione, ne descrive uno seguito da morte con autopsia in una bambina di 6 anni. Il quadro clinico fu di una peritonite acuta idiopatica che decorse rapidissima. Post mortem si trovò peritonite siero-fibrinosa con circa due litri di essudato, e pleurite bilaterale della stessa natura (polisierosite). È esclusa la natura tubercolare, e che queste forme possano stare in rapporto con fatti mestruali (Cruveilhier). Egli crede che queste sierositi sieno di natura reumatica, per cui, rarissime nei neonati e poppanti, possono benissimo insorgere nelle epoche ulteriori dell' infanzia specialmente nelle femine delle classi povere.

Prof. D. Franco (Napoli). — *L'ipertermia nelle affezioni non infettive dei bambini.*

L'O. sostiene che l'ipertermia, oltre all'essere prodotta da causa infettiva, possa avere due altre cause distinte: 1°. l' assorbimento di prodotti di fermentazioni anormali da parte dell'intestino o la ritenzione di principii escretivi della cute: 2°. una abnorme stimolazione del sistema nervoso (dentizione). Dopo aver riferito l'opinione di varii clinici espone alcune storie cliniche di sua osservazione, illustrando i due momenti etiologici sopra accennati come causa unica di ipertermia senza dover ricorrere a processi di natura infettiva microbica.

Il Dott. Fortunato osserva che l' infezione non sempre è data da immissione nel sangue di microrganismi, ma solo dei loro prodotti tossici (leucomaine). Ora nelle ipertermie da origine intestinale basta spesso a produrne la guarigione un purgante che sbarazzi l'intestino dai microrganismi che sono la causa di fermentazioni putride ecc.

Il Dott. Lelli appoggiando questa opinione, ricorda una sua pubblicazione in proposito sulle forme pseudo-tifose.

Il Prof. Bianchi ancora porta dei fatti propri per venire alle stesse conclusioni, e cita per analogia che la tetanotossina può produrre il tetano senza che vi sia entro l'organismo il bacillo patogeno.

Il Presidente Dott. Blasi conviene col Prof. Franco che vi sieno specialmente nei bambini delle forme febbrili che non possono riportarsi a nessuna delle note infezioni e che all'improvviso guariscono con e senza rimedii. Crede che la piretologia dei bambini meriti uno studio ulteriore perchè l'attuale classifica delle febbri non ci rende ragione dei fatti che giornalmente si osservano.

Il Prof. De Bonis conferma le osservazioni del Dott. Blasi. Spesso si tratta di sostanze chimiche che indrodotte modificano il chimismo dei processi organici e turbano l'attività dei centri nervosi termici.

Dott. Luigi Concetti.

(*continua*).

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

A fatto compiuto. -- Ora che il primo Congresso pediatrico italiano è già entrato nel dominio della storia, ci fia lecito esternare le nostre impressioni, sulle quali, al certo, non vi sarà alcuno che oserà malignare. Noi, che per la serietà dell' ardua impresa e per la dignità di noi stessi, non spendemmo una parola sola di *réclame*, ne pitoccammo l' ajuto morale o materiale di nessun' astro maggiore o minore o l' appoggio più o meno influente di qualche *grande giornale*, abbiamo diritto di esultare constatando, senza qualsiasi illusione, che questo primo convegno dei pediatri italiani costituì davvero un' avvenimento scientifico degno della più alta considerazione.

Possiamo dire con orgoglio che in Europa è stata l' Italia che fra le nazioni sorelle si è fatta innanzi a dare il buono esempio. Prima, infatti, del Congresso di Roma, la Pediatria in ogni altrò paese civile non costituì che Sezioni a parte di Congressi medici generali; e se l' America nel decorso anno 1889 potette esser lieta di effettuire un primo convegno di valenti specialisti, ciò fu subordinato alla esistenza di una florida Società pediatrica con l' obbligo delle annuali riunioni, istituzione di cui sventuratamente appo noi devesene deplorare finora la mancanza.

Lode sincera pertanto sia resa a quanti con amor d' intelletto e con atto generoso corrisposero con slancio al nostro invito ed applaudirono alla nostra modesta iniziativa: l'ampia, solenne e generale affermazione che, mercè l' opera loro, ricevette la Pediatria italiana nell' alma Roma, sarà, ne siam certi, la più lusinghiera soddisfazione morale ed il più splendido guiderdone ai loro nobili sforzi ed alla infaticabile loro attività.

Se due mesi fa questo primo Congresso poteva sembrare un sogno di mente inferma ed esaltata, costituisce oggi giorno un fatto compiuto che, mentre onora la nostra cara patria, eccita l' invidia e la gelosia di chi, pur atteggiandosi a benefattore dell'umanità, non fa mostra del suo sublime ministero che per uno scopo di bassa speculazione! Per la Dio mercè, questa indelicata e ristucchevole condotta non giunse fino a noi, ora soprattutto che abbiam visti coronati i nostri poveri sforzi.

Un centinajo circa di congressisti convenuti da ogni parte d' Italia, rappresentavano quanto di più spiccato e di più eletto oggi abbia, presso noi, la nostra giovane specialità. Ciò non pertanto molteplici e lusinghieri furono i telegrammi e le adesioni di altri stimabili cultori, che, per circostanze imperiose, non poterono intervenire. Ed abbenchè non s'intese mai dare al convegno una forma ufficiale, pure il Comune di Roma si fece degnamente rappresentare dal prof. Roseo, che, dopo il discorso inaugurale letto dal Direttore di questo « *Archivio* », portò ai congressisti il saluto di Roma. Anche il prof. Pagliani, direttore della Sanità pubblica del Regno, mandò di ufficio la sua adesione insieme ai più nobili e lieti augurii per la prosperità e l' avvenire della specialità in Italia. Costituitosi per acclamazione il seggio presidenziale, furono inviati telegrammi alle LL. MM., da cui si ebbero risposte degne delle ovazioni ed acclamazioni di tutta intera l' Assemblea.

Numerosi ed importantissimi furono i lavori presentati alla discussione; ed abbenchè si fu obbligati ad aggiungere una seduta a quelle precedentemente annunziate, pure, per mancanza di tempo, parecchie ed interes-

santi comunicazioni non potettero essere annoverate nell'ordine del giorno delle riunioni. Lunghe. animate, dotte ed istruttive furono pure le singole discussioni, durante le quali era veramente ammirevole il constatare la calma nel procedere, la correttezza nella esposizione, la sobrietà e la convinzione profonda nel sostenere con dottrina le proprie opinioni. Intelligente e corretto fu pure il lavoro della Presidenza che, in qualsiasi atto del Congresso, non mostrò mai di abusare delle cariche gelosamente a Lei affidate dal voto unanime dell'Assemblea. Per cui, a proposta del Dott. Vincenti, di Milano, fu votato per acclamazione dalla medesima un voto di plauso alla Presidenza, e specialmente al Direttore di questo « *Archivio* » per la operosità e per lo zelo da lui spiegati nella realizzazione della sua iniziativa.

Ed a proposito della relazione presentata dal Professor Bianchi di Firenze relativa alle più importanti questioni riflettenti gl'interessi alla Pediatria in Italia, venne anche spedito, a nome dell' Assemblea, un telegramma a S. E. il Ministro di Pubblica istruzione, reclamando la urgente e necessaria istituzione delle cliniche pediatriche ufficiali in tutte le Università del Regno, semenzai imprescindibili pel progresso e per la prosperità della Scienza pediatrica.

Napoli poi dev' essere orgogliosa nel vedersi prescelta, in omaggio alla memoria di Luigi Somma, a sede del 2° Congresso pediatrico, che avrà luogo nel 1892, mentre tutte le altre adunanze biannuali saranno sempre tenute nella capitale del Regno.

A proposta pure del prof. Marocco di Roma, fu presentato al banco della presidenza un' ordine del giorno dell'Assemblea. coverto da circa 60 firme, con il quale i congressisti, inspirati da un nobile e delicato pensiero, resero omaggio alla venerata memoria di Luigi Somma, esprimendo al Consiglio comunale di Napoli il voto di veder concedere alle spoglie mortali del compianto pediatra un posto nel recinto degli uomini illustri al Cimitero Nuovo, e di apporre il suo nome ad una delle vie di nuova costruzione. Alla lettura del telegramma esprimente il voto fu tale la commozione generale da far esplodere unanime le grida di viva Napoli, viva Somma !!...

L' Assemblea devenne pure alla nomina del Comitato ordinatore del 2° Congresso, proclamando eletti per acclamazione: G. Somma, P. Blasi e F. Fede, e l affidò al Segretario Dott. Concetti la compilazione del volume degli Atti del 1° Congresso, che fra non guari vedrà la luce.

L' attività e lo zelo degl' intervenuti non si dispiegarono soltanto nella sala delle adunanze; che anzi, nelle poche ore di riposo concesse fra l'una e l'altra seduta, un nucleo di volenterosi capitanato dal Dott. Bianchi gettò le basi e discusse lo Statuto della Società pediatrica, deliberando di sottoporre il tutto all' approvazione dell'Assemblea generale, nel prossimo secondo Congresso.

Sarebbe infine impossibile descrivere la cordialità, la gioia, la fraterna unione che regnò al banchetto che mise termine ai lavori del Congresso. Cinquanta commensali rappresentavano l' Italia intera, fra cui pure un distinto medico viennese Dott. Galatti che, con assiduità invidiabile, aveva preso parte a tutti i lavori del Congresso. Vi furono circa una trentina di brindisi, fra i quali applauditissimo quello del direttore del nostro « *Archivio* » che portò ai Congressisti il saluto di Napoli lieta di vedersi prescelta a sede del 2° Congresso, e riconoscente per aver vista onorata la memoria del suo illustre e compianto concittadino; e l'entusiasmo giunse al colmo quando Egli conchiudeva dicendo: *se nel breve soggiorno in questa intangibile metropoli noi ci sentimmo tutti romani, la bella*

Partenope fin da ora col mio labbro vi proclama tutti napoletani. A nome di Napoli, io bevo alla vostra salute!!

A conti fatti, il Congresso riuscì una maestosa e splendida festa della scienza: fu un solenne trionfo per la pediatria italiana, che oltre all'essersi dignitosamente affermata, ha guadagnato quel posto che meritamente le spetta innanzi alle nazioni sorelle.

Rimane ora ai suoi degni rappresentanti il doveroso cómpito di custodire gelosamente la guadagnata posizione.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Congiuntivite acuta dei neonati

Nitrato di argento cristallizzato. .	gram.	0,20
Acqua distillata.	»	10,00

mib. in boccetto bleu. Da instillare questo collirio sulle congiuntive allo scopo di evitare l'oftalmia purulenta. Dopo l'instillazione, si neutralizzi l'eccesso di nitrato di argento con acqua salata.

De Saint-Germain e Valude.

Incontinenza notturna di orina

Bromuro di potassio	decigram.	6,00
Tintura di belladonna. . . .	gocce	10 a 20

mib. Da somministrarlo nelle ultime ore della sera.

Richards.

Eczema dei bambini

Acido borico	gram.	1,50
Ossido di zinco	»	5,00
Vasellina ed / Amido polverato } . . . . *ana*	gram.	30,00

mib. Da farne unzioni sulle località affette dopo di aver eliminate le croste rammollite con olio di ulivo.

oppure:

Precipitato bianco	gram.	1,00
Balsamo del Perù	»	5,00
Unguento di Wilson	»	30,00

mib. Da farne unzioni sulle sedi affette.

Saalfeld.

Pertosse.

Timolo	gram.	1,20
Acido fenico	»	10,00
Essenza di sasso frasso / Essenza di eucalypto / Catrame liquido / Essenza di trementina } *ana* . .	»	7,50
Etere	»	3,75
Alcool	»	90,00

mib. Da versarne una trentina di gocce su di una pezzuola che verrà applicata ai dintorni del collo del bambino, rinnovandone l'applicazione ogni due o tre ore.

Beall.

Il Direttore responsabile — G. Somma.